

Tagungsprogramm

Donnerstag, 16. Oktober 2003

15.00 Uhr **Mitgliederversammlung der AEM**

Aula

19.30 Uhr **Eröffnung der Jahrestagung 2003 der AEM**

Aula

- *Peter Jehle*, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der Stiftung Leucorea, Wittenberg
- *Claudia Wiesemann*, Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen
- *Josef N. Neumann*, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle

Verleihung des Nachwuchspreises „Ethik in der Medizin“

anschl. Gemeinsamer Abend im Wittenberger „Brauhaus“, Markt 6

Freitag, 17. Oktober 2003

9.00 Uhr **Plenarsitzung: „Vom Rat zur Tat“ - Konzepte klinischer Ethikberatung**

Aula

Moderation: *Gerald Neitzke*

Ethikkomitees und Einzelfallberatung. Welche Konzepte stehen hinter der Beratung? Wie weit geht die Beratung? Wie ist das Verhältnis zur Autonomie des Arztes und zum Recht?

- *Gerd Richter*, Marburg
- *Erny Gillen*, Luxemburg

10.00 Uhr Kaffeepause

11.00 Uhr **Freie Vorträge in parallelen Sektionen**

Aula **Sektion 1: Klinische Ethikberatung**

Moderation: *Gerlinde Sponholz*

- *Matthias Kettner, Arnd T. May*: Eine systematische Landkarte klinischer Ethikkomitees in Deutschland. Ergebnisse eines

Forschungsprojekts

- *Jochen Vollmann, Axel Weidtmann, Nicole Burchardi-Grabić*: Klinische Ethik zwischen Theorie und Praxis: Eine Umfrage an allen deutschen Universitätskliniken
- *Eva Weiss*: Institutionelle Ethik: ein erweiterter Auftrag für klinische Ethikkomitees?

SR 7 **Sektion 2: Ethik und (lebensweltliche) Praxis:**

Moderation: *Johann F. Spittler*

- *Gerd Richter, Tanja Krones*: Kontextsensitive Ethik in der Reproduktionsmedizin: Theorie und empirische Ergebnisse
- *Claudia Wiesemann*: Zum Verhältnis von Theorie und Lebenspraxis in der Debatte um den moralischen Status des Embryos
- *Axel W. Bauer*: Wissenschaftliche Ethik als Demoskopie der Alltagsmoral? Ein Beitrag zur Begründungsfrage in der Medizinischen Ethik

SR 8 **Sektion 3: Medizinethik in institutionellen Kontexten**

Moderation: *Jochen Taupitz*

- *Birgitt van Oorschot*: Informed Consent und Shared Decision-Making bei Tumorpatienten in der Palliativsituation – Erste Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten und Patienten
- *Hartmut Kreß*: Das Recht auf Gesundheit
- *Nikola Biller-Andorno*: Ethics and Health for All – Ethik an der Weltgesundheitsorganisation

12.30 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr **Plenarsitzung: „Von Fall zu Fall“ - Medizinethik als Kasuistik?**

Aula

Moderation: *Georg Marckmann*

Ist Kasuistik allein ein pädagogisches Instrument? Ist Kasuistik nur für die klinische Ethik geeignet? Ist Kasuistik als Methodik für die Medizinethik tauglich?

- *Albert R. Jonsen*, San Francisco (USA)
- *Theo van Willigenburg*, Rotterdam (NL)

15.30 Uhr Kaffeepause

16.00 Uhr **Freie Vorträge in parallelen Sektionen**

- SR 7 **Sektion 4: Theorie der ethischen Entscheidungsfindung**
Moderation: *Friedrich Heubel*
- *Gerald Neitzke*: Vom Fall zur Kasuistik
 - *Oliver Rauprich*: Die Begründung medizinethischer Prinzipien – Common sense oder Kohärenz? Zur Systematik der „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress
 - *Theda Rehbock*: Fälle – Situationen – Geschichten. Zur Rolle der Urteilskraft in der (Medizin-)Ethik
- SR 8 **Sektion 5: Ethische Theorie und klinische Praxis**
Moderation: *Claudia Wiesemann*
- *Bernward Gesang*: Ethiker als Moralexperten
 - *Alfred Simon*: Ethikberatung als Qualitätskriterium – Qualitätskriterien für Ethikberatung
 - *Walter Bruchhausen*: Die Polysemie von „ethisch“ in der Medizin – erwünscht oder geduldet?
- Aula **Sektion 6: Workshop „Medizinethik und Behinderung“**
Moderation: *Marianne Rabe*
- *Swantje Köbsell*: Das medizinische Modell von Behinderung und seine Folgen – Erfahrungen behinderter Menschen mit medizinischen Interventionen
 - *Andreas Kuhlmann*: Zum Konflikt zwischen Behinderten und Medizin
 - *Sigrid Graumann*: Sind „Biomedizin“ und „Bioethik“ behindertenfeindlich?
 - *Marcus Düwell*: Behinderung als blinder Fleck der Medizinethik?
- 17.30 Uhr Pause
- 19.30 Uhr **Plenarsitzung: Streitgespräch - „Alle Macht den Räten?“**
Aula **Beratung der Gesundheitspolitik durch Ethikgremien**
Moderation: *Marcus Düwell*
- Zum Verhältnis von medizinethischem Diskurs und Gesundheitspolitik. Werden gesundheitspolitische Entscheidungen faktisch delegiert? Über Notwendigkeit und Formen der Institutionalisierung der Politikberatung durch Medizinethik-Gremien.
- *Volker Gerhardt*, Berlin
 - *Ulrike Riedel*, Berlin

Samstag, 18. Oktober 2003

9.00 Uhr Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Aula **Sektion 7: Das Autonomieprinzip**

Moderation: *Micha H. Werner*

- *Christoph Brochhausen, Kurt W. Schmidt, Gabriele Wolfslast*: Wissen um welchen Preis? Anmerkungen zum Prinzip der Patientenautonomie
- *Monika Bobbert*: Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz
- *Ralph Charbonnier*: Ethische Kriterien im pluralistischen medizinethischen Diskurs. Ein Beitrag zur Methodologie der Medizinethik aus theologischer Sicht am Beispiel des Kriteriums der Autonomie

SR 8 **Sektion 8: Methodenfragen in der Medizinethik**

Moderation: *Axel W. Bauer*

- *Tanja Krones*: Der Beitrag der Sozialwissenschaften zur biomedizinischen Ethik: ein Mehrebenenmodell
- *Giovanni Maio*: Welchen Beitrag kann die Medizingeschichte für die Disziplin Medizinethik leisten? Zu den Grenzen einer ahistorischen Medizinethik

10.30 Uhr Kaffeepause

11.00 Uhr **Plenarsitzung: „Aus Prinzip“ – Prinzipien in der Medizinethik?**

Moderation: *Josef N. Neumann*

Welche Typen von Prinzipien werden in der Medizinethik verwendet? Welche Vorteile hat der Rekurs auf ‚Mittlere Prinzipien‘? Inwiefern benötigt Medizinethik eine moralphilosophische Begründung von Prinzipien?

- *Michael Quante*, Münster
- *Klaus Steigleder*, Bochum

Geladene Referenten

Prof. Dr. Volker Gerhardt

Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Philosophie, Unter den Linden 6, 10099 Berlin

Prof. Dr. Erny Gillen

Confédération Caritas Luxembourg, 29, rue Michel Welter, L-2730 Luxembourg

Prof. Dr. Albert R. Jonsen

Professor Emeritus of Ethics in Medicine, University of Washington, 1333 Jones Street, San Francisco (USA)

Dr. Michael Quante

Universität Münster, Philosophisches Seminar, Domplatz 23, 48143 Münster

Prof. Dr. Gerd Richter

Universität Marburg, Zentrum Innere Medizin, Baldinger Straße 1, 35043 Marburg

Ulrike Riedel

Mitglied der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, Bergmannstraße 107, 10961 Berlin

Prof. Dr. Klaus Steigleder

Universität Bochum, Institut für Philosophie, 44780 Bochum

Prof. Dr. Theo van Willigenburg

Rotterdam School of Management, Department of Business-Society Management, P.O. BOX 1738, NL-3000 DR Rotterdam

Moderatoren

Prof. Dr. Axel W. Bauer

Universität Heidelberg, Institut für Geschichte der Medizin, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg

Prof. Dr. Marcus Düwell

Universität Utrecht, Philosophische Fakultät, Heidelberglaan 8, NL-3584 CS Utrecht

PD Dr. Friedrich Heubel

Im Stiffeld 17, 35037 Marburg

Dr. Georg Marckmann

Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Keplerstraße 15, 72074 Tübingen

Dr. Gerald Neitzke

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Prof. Dr. Josef N. Neumann

Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Magdeburger Straße 27, 06097 Halle/Saale

Marianne Rabe

Universitäts-Klinikum Benjamin Franklin, Krankenpflegeschule, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

PD Dr. Johann Friedrich Spittler

Sozialmedizinischer Dienst, Bundesknappschaft, Neurologisch-psychiatrische Einheit, Erinstraße 4, 44575 Castrop-Rauxel

PD Dr. Dr. Gerlinde Sponholz

Universität Ulm, Arbeitskreis „Ethik in der Medizin“, Albert-Einstein-Allee 47, 89091 Ulm

Prof. Dr. Jochen Taupitz

Universität Mannheim, Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik, 68131 Mannheim

Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Universität Göttingen, Abteilung für Ethik und Geschichte der Medizin, Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Micha H. Werner

Universität Freiburg, Ethisch-philosophisches Grundlagenstudium (EPG), 79085 Freiburg i. Br.

*Abstracts***I. Freie Vorträge****Wissenschaftliche Ethik als Demoskopie der Alltagsmoral? Ein Beitrag zur Begründungsfrage in der Medizinischen Ethik****Axel W. Bauer**

Prof. Dr. Axel W. Bauer

Universität Heidelberg, Institut für Geschichte der Medizin

Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg

Theologische und metaphysische Moralbegründungen erfreuen sich derzeit in der wissenschaftlichen Ethik keiner besonderen Sympathie. Doch angesichts der gleichzeitig zu konstatierenden Schwierigkeit oder gar Unmöglichkeit intersubjektiv allgemein vermittelbarer philosophischer Letztbegründungen für moralische Werte und Normen - seien diese nun deduktiver, induktiver oder reflexiver Provenienz - finden gerade in einer praxisorientierten Disziplin wie der Medizin- und Bioethik neuerdings am gesellschaftlichen Konsens orientierte Begründungsansätze ein zunehmendes Interesse. Vor allem in der aktuellen Klinischen Ethik, die sich als junge akademische Disziplin gerade in einer Legitimations- und Expansionsphase befindet, sind solche Verfahren beliebt, weil sie zum Einen dem Wunsch der Kliniker nach „empirischen“ Forschungsstrategien zu entsprechen scheinen. Dadurch steigt zugleich die methodologisch fokussierte Akzeptanz des Medizinischen Ethikers seitens seiner überwiegend naturwissenschaftlich arbeitenden ärztlichen Kollegen, denn ein „empirisches“ Studiendesign gilt schließlich als Goldstandard in der wissenschaftlichen Medizin. Zum Anderen kann man auf diese Weise in relativ kurzer Zeit durch systematisch angelegte demoskopische Befragungen jeweils repräsentativer Patienten- oder Betroffenen-Gruppen ein erhebliches zur Publikation geeignetes, originelles Datenmaterial gewinnen. Die Gefahr einer antiwissenschaftlichen Funktionalisierung der Ethik ist dabei jedoch nicht von der Hand zu weisen: „Sage mir, welches Resultat Du haben willst, und ich sage Dir, wen Du zu diesem Zweck repräsentativ befragen musst“.

Der Vortrag wird an Hand ausgewählter Beispiele aus der Forschung die folgenden Fragen zu klären versuchen: 1. Wie wird Medizinische Ethik mittels demoskopischer Verfahren konkret umgesetzt? 2. Welche Themen werden derzeit bevorzugt mit demoskopischen Methoden erforscht? 3.

Welche Ziele (lediglich deskriptive oder auch normative) sind bei solchen Studien erkennbar? 4. Werden demoskopische bzw. „kontextsensitive“ moralische Auffassungen in den Rahmen philosophischer Begründungsstrategien explizit eingebaut, oder sollen sie die Letzteren implizit gar als obsolet erscheinen lassen? 5. Gibt es spezifische institutionelle Rahmenbedingungen, die dazu beitragen, dass gerade die aktuelle Klinische Ethik den Forschern für empirische Studien als besonders geeignet erscheint? 6. In welchem Verhältnis stehen intersubjektiv gültige Normen und Mehrheitsmeinungen in einer pluralistischen Rechtsordnung zueinander?

Der Vortrag gelangt zu dem Ergebnis, dass demoskopische Befragungen zwar interessante deskriptive Befunde über vorherrschende Meinungen bei bestimmten Personengruppen zu Tage fördern können, dass sie jedoch auch im pluralistischen Staat eine konsistente und kohärente Moralbegründung nicht ersetzen können. Moralische Tatsachen werden im Vortrag durchaus als komplexe kulturelle institutional facts charakterisiert („A gilt als B im Kontext der Gemeinschaft C“), die sich von den einfacher strukturierten brute facts der physikalischen Welt („A hat die Eigenschaft B“) Grundlegend unterscheiden. Zugleich wird aber dargelegt, dass aus dieser metaethischen Differenzierung der Tatsachen-Kategorien keineswegs die simple ethische Formel „Die Mehrheit bestimmt, was als moralisch zu gelten hat“ abgeleitet werden kann.

Ethics and Health for All – Ethik an der Weltgesundheitsorganisation

Nikola Biller-Andorno

PD Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno
World Health Organization, Ethics and Health, WHO/DGO/ETH
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27

Im Herbst 2002 wurde an der Weltgesundheitsorganisation in Genf eine „Ethics and Health Unit“ eingerichtet. Ihr Mandat besteht darin, als Brennpunkt für ethische Fragen zu fungieren, die innerhalb der Organisation und ihrer regionalen Büros anfallen, sowie in der Entwicklung globaler Initiativen im Bereich der internationalen Medizinethik. Der Vortrag wird thematische Schwerpunkte sowie die strukturelle Einbettung und Funktionsweise der Einheit vorstellen und sodann folgende Fragen diskutieren: 1) Mit welchen spezifischen Vor- und Nachteilen geht die institutionelle Verankerung der Ethik in einer internationalen Organisation wie der WHO einher? 2) Welche Maßnahmen sind geeignet, um einem „Ethik-Imperialismus“ vorzubeugen? 3) Wie gestaltet sich das Zusammenspiel von moraltheoreti-

scher Reflexion und der „Praxis“, e.g. insbesondere der Erarbeitung normativer Texte? Ausgewählte Beispiele werden das Zusammenspiel von normativ-theoretischer und politisch-praktischer Ebene verdeutlichen.

Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz

Monika Bobbert

Dr. Monika Bobbert

Universität Heidelberg, Institut für Geschichte der Medizin – Bereich Medizinethik

Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg

Das Autonomieprinzip spielt in der Medizin- und Pflegeethik eine zentrale Rolle. Meist wird es auf Patient/-innen und deren Interessen oder Rechte bezogen. Plausibilität und Anwendung dieses Prinzips werden kaum hinterfragt oder eingehend begründet. Es scheint, als ob das Autonomieprinzip ein Prinzip mittlerer Reichweite darstellt, das in den verschiedenen ethischen Konzeptionen zwar unterschiedlich begründet wird, diese Unterschiede jedoch bei seiner Anwendung auf den Bereich Medizin und Pflege keine Rolle mehr spielen.

Dem Eindruck, dass bei der Anwendung des Autonomieprinzips Streitigkeiten zwischen ethischen Begründungsansätzen zurücktreten und sich auf der Ebene der Praxisbeurteilung diese meisten Fragen einvernehmlich lösen lassen, ist zu widersprechen. Vielmehr ist es so, dass gerade auch bei praktischen Problemen, bei denen auf das Autonomieprinzip Bezug genommen wird, weiter gehende Aspekte relevant werden, so z. B. die Unterscheidung zwischen negativen und positiven moralischen Ansprüchen und der Ausweis ihrer Berechtigung (m.a.W. die Bestimmung der Grenzen individueller Autonomie), die Heranziehung zusätzlicher Kriterien zur Abwägung konfligierender moralischer Interessen oder die Gewährleistung einer nicht ausschließlich individual-, sondern auch sozialetischen Reflexion.

Warum jedes für Anwendungsfragen bemühte Autonomieprinzip an einen ethischen Ansatz rückgebunden sein muss, um ein angemessenes ethisches Kriterium darstellen zu können und wie sich ein Autonomieprinzip in Abhängigkeit von einem ethischem Ansatz in seinen Forderungen verändert, wird beispielhaft an drei praktischen Problemen der Medizin und Pflege und drei ethischen Ansätzen gezeigt: Auf die Autonomieproblematik werden jeweils ein teleologischer, deontologischer und kohärentistischer An-

satz bezogen und dann mit Argumentationen aus den Problemfeldern „Forschung am Menschen“, „Behandlung und Pflege bei infauster Prognose“ und „Reproduktionsmedizin“ durchgespielt. Auf diese Weise wird deutlich, dass ein Autonomieprinzip mittlerer Reichweite ohne die theoriebezogene Bestimmung von Inhalt und Konturen Gefahr läuft, unklar, inkonsistent oder willkürlich zu sein.

Wissen um welchen Preis? Anmerkungen zum Prinzip der Patientenautonomie

Christoph Brochhausen, Kurt W. Schmidt, Gabriele Wolfslast

Dr. Christoph Brochhausen (✉)
Klinikum der Universität Mainz, Institut für Pathologie
Langenbeckstraße 1, 55101 Mainz

Die Patientenautonomie stellt aus heutiger Perspektive eine grundlegende Maxime ärztlichen Denkens und Handelns dar, die breite Anerkennung findet und wohl kaum in Frage gestellt wird. Formuliert ist die Patientenautonomie als wichtiges Prinzip beispielsweise im Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress (1977). Auch im „Belmont Report“ (1978) wird die Autonomie von Patienten und Probanden als wichtiges Prinzip der Interaktion zwischen Arzt und Patient herausgestellt.

Wenn auch in der Theorie der hohe Stellenwert der Patientenautonomie und der damit verbundenen umfassenden Information und Aufklärung des Patienten anerkannt wird, so ist das Ausmaß von Information und Aufklärung in der Praxis häufig von der Einschätzung des aufklärenden Arztes abhängig. In dem vorgestellten Beitrag soll das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis der Patientenaufklärung und -information aufgezeigt werden. Nicht zuletzt durch aktuelle gesellschaftliche, medizinische und biotechnologische Entwicklungen stößt das Prinzip der Patientenautonomie zunehmend an Grenzen. In diesem Zusammenhang wird durch den gesellschaftlichen Wandel hin zur sogenannten „Informationsgesellschaft“ Wissen und Information als entscheidende „Ressource“ mit großem Wert begriffen. Wissen, Information und die Weitergabe von Wissen durch Kommunikation erhält eine entscheidende gesellschaftliche Relevanz. In den vorgestellten Überlegungen soll die Diskussion über mögliche Einflüsse dieser Entwicklung auf die aktuelle Praxis eröffnet werden. Vor diesem Hintergrund soll geprüft werden, in wie weit die Praxis der ärztlichen Einschätzung über das Maß der Aufklärung im Umgang mit aktuellen medizinischen Herausforderungen, wie der prädiktiven Medizin oder dem Um-

gang mit Restmaterialien, die z.B. bei einer Probenentnahme im Verlauf einer Operation anfallen, vertretbar ist. Letztlich ergeben sich hieraus die Fragen, ob und in welchem Ausmaß in diesen Bereichen Informationen formalisiert werden sollten und zusätzlich in welchem Maß hier die bestehende Praxis vertretbar ist.

Literatur:

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1977) Oxford University Press, New York, Oxford.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical Research (1978) DHEW Publication no. OS 78-0012.

Die Polysemie von „ethisch“ in der Medizin – erwünscht oder geduldet?

Walter Bruchhausen

Dr. Walter Bruchhausen

Universität Bonn, Medizinhistorisches Institut

Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Neologismen wie „unethisch“ und „Ethikrat“, die noch keinen Eingang in die neueste Ausgabe des Dudens gefunden haben, sind gerade im Hinblick auf die Medizin in aller Munde. Genitiv-Ethiken („Ethik des Heilens“, „Ethik der Palliativmedizin“ etc.) entstehen wie einst in den 1970er Jahren in der Theologie, deren Erbe als Orientierungswissen Ethik vielfach antritt. Definitionsversuche wie die beliebte Unterscheidung von faktischer Moral und reflektierter Ethik, die teleologische Rückbindung des Ethikbegriffs (als Bestimmung des „Guten“) an Aristoteles (Ricoeur, Habermas) oder die Generalisierung von Ethik als „Reich der Ziele“ (B. Waldenfels) haben auch die medizinethische Diskussion erreicht.

In dieser Situation eines anhaltenden Ethik-Booms ist es aufschlussreich, Vereinnahmungs- und Abgrenzungsversuche zu analysieren, um im Hinblick auf die Medizin die analogische oder gar äquivalente Verwendung, aber auch eine eventuell strategische Nutzung der ererbten Bedeutungsvielfalt von „ethisch“ zu verstehen. Anhand von verbreiteten Texten aus der Grundlagen- und Anwendungsdiskussion, aus Biopolitik wie klinischer Medizin soll der entsprechenden Semantik und Sprachpragmatik nachgegangen werden. Gerade weil sich „Ethik in der Medizin“ auch die Förderung kommunikativer Kompetenzen für moralische Anliegen auf die Fah-

nen geschrieben hat, muss sie daran interessiert sein, aus dieser polysemen Praxis resultierende Missverständnisse oder Assymetrien aufzuklären. Mit Mitteln aus Analytischer Philosophie und Medizinsoziologie bzw. -geschichte sollen Prozesse der Etablierung von „Medizinethik“ und „Medizinethikern“ beleuchtet werden. Die vieldiskutierte „Medikalisierung“ besteht sowohl in einer Art „Verwissenschaftlichung“ gesundheitsbezogenen Denkens und Handelns als auch in einer damit z.T. verbundenen „Professionalisierung“. Vereint führen beide (im Sinne der disease-illness-distinction) zu quantitativ gegenläufigen Entwicklungen, nämlich einerseits manche Befindlichkeitsstörungen als nicht krank auszusondern, andererseits aber verschiedene nicht primär als krankhaft empfundene Zustände in den Zuständigkeitsbereich der Medizin zu holen. Ein ähnliches Zusammenwirken von Verwissenschaftlichung und Professionalisierung ist auch bei der „Ethisierung“ der Medizin zu beobachten. Auch hier kommt es, wenn auch auf unterschiedlichen Ebenen, zu quantitativ gegenläufigen Grenzziehungen. Einerseits wird ein möglichst abgegrenzter (philosophischer?) Begriff von Ethik entwickelt, der z.B. viele von Patienten bemängelte, aber bereits „geklärte“ Alltagsfragen ausschließt, andererseits gibt es die Tendenz, immer mehr Probleme, die vorher anders, z.B. als Sache der Medizinpsychologie oder der Gesundheitsökonomie, gesehen wurden, als ethische zu definieren bzw. zu reformulieren. Angesichts der faktischen Etablierung der Begriffe kann es nicht um neue Sprachregelungen gehen, aber doch um ein geschärftes Bewusstsein für die teils strategische, teils unbewusste polyseme Verwendung des Ethikbegriffs in der Medizin.

**Ethische Kriterien im pluralistischen medizinethischen Diskurs.
Ein Beitrag zur Methodologie der Medizinethik aus theologischer Sicht
am Beispiel des Kriteriums der Autonomie**

Ralph Charbonnier

Ralph Charbonnier
Zentrum für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover

(1) Der medizinethische Diskurs unter den Bedingungen eines weltanschaulichen Pluralismus steht vor der Aufgabe, konsensfähige Kriterien ethisch verantwortlichen medizinischen und ärztlichen Handelns zu finden. Breite Akzeptanz finden dabei am ehesten solche Kriterien, die für verschiedene Begründungszusammenhänge offen sind. Unbestimmt bleiben dabei jedoch oft die sich aus den verschiedenen Begründungszusammen-

hängen ergebenden unterschiedlichen inhaltlichen Bestimmungen eines Kriteriums. Ergebnis einer solchen Diskurspraxis sind die Verwendung konsensuell akzeptierter Zentralkriterien (wie z.B. Menschenwürde, Autonomie, Gerechtigkeit), deren inhaltliche Füllung u.U. voneinander abweichen oder sich sogar widersprechen. Zentralkriterien werden damit leicht zu Formeln mit nur geringer ethisch orientierender Kraft.

(2) Ein medizinethischer Diskurs unter den Bedingungen eines weltanschaulichen Pluralismus hat darum über das Finden konsensfähiger Kriterien hinaus den Zusammenhang von weltanschaulich gebundenen Begründungen und inhaltlichen Bestimmungen der Kriterien im pluralistischen Diskurs zu explizieren und gemeinsam zu vertretende inhaltliche Bestimmungen der Kriterien zu erarbeiten.

(3) Diese methodologischen Überlegungen werden am Beispiel des im medizinethischen Diskurs breit akzeptierten Begriffs der Autonomie entfaltet. Es wird in einem ersten Schritt gezeigt, wie weit inhaltliche Bestimmungen dieses Begriffs aus verschiedenen weltanschaulichen Perspektiven auseinandergehen. In einem zweiten Schritt werden aus der Perspektive protestantischer Theologie (Paulus, M. Luther, P. Tillich) Begründungszusammenhänge und inhaltliche Bestimmungen des Begriffs ‚Autonomie‘ entwickelt. Dabei wird die Bedeutung des Glaubens einschließlich der Toleranz vor andersgearteten Weltanschauungen thematisiert und Autonomie als Selbstbestimmung in Freiheit und Bindung an Gott entfaltet. In einem dritten Schritt werden diese perspektivischen Bestimmungen des Autonomie-Begriffs exemplarisch in den Zusammenhang des pluralistischen medizinethischen Diskurses gestellt. Dabei zeigen sich zum einen unterschiedliche ethische Ansätze zur Förderung der Autonomie in konkreten Handlungsfeldern medizinischen und ärztlichen Handelns (inhaltlicher Erkenntnisgewinn) und zum anderen wird die Notwendigkeit erkennbar, zentrale ethische Kategorien im Kontext eines weltanschaulichen Pluralismus inhaltlich zu bestimmen (methodologischer Erkenntnisgewinn).

Ethiker als Moralexperthen

Bernward Gesang

PD Dr. Bernward Gesang
Möhnestr. 86a, 59755 Arnsberg

Sind Ethiker Moralexperthen? Wissen sie besser als ethische Laien, was die richtigen Moralurteile sind ? Falls ja, würde das eine starke Verbindung von theoretischem Wissen zur Praxis bzw. zum Status praktischer Über-

zeugungen bedeuten. In diesem Falle ließe sich eine Abkopplung theoretischer Ethik von Praxisfragen kaum rechtfertigen. Es hat sich eingebürgert, das theoretisch-ethische Expertentum vom praktisch-moralischen Expertentum zu separieren und so die These zu verteidigen: Ethik befähigt zum Umgang mit komplexen Begriffen, zum korrekten Schließen und zum einfühlsamen Umgang mit Sprache. Aber ethisches Wissen impliziert in keiner Weise richtige moralische Einsichten. Jedermann kann diese Einsichten haben, ohne ethische Vorbildung. Dieser „common-sense“ Standpunkt, den z.B. D. Birnbacher verteidigt, soll im Vortrag kritisiert werden. Damit wird gleichzeitig eine starke Verbindung von Praxis und Moraltheorie eingefordert: Der theoretisch informierte Ethiker hat bessere Chancen ein richtiges Urteil zu fällen als der bloße Praktiker.

Jede Antwort auf die Ausgangsfrage nach dem Moralexpertentum impliziert eine metaethische Positionierung. Es gibt in der Ethik verschiedene Ansätze, wie moralische Urteile gerechtfertigt werden können. Grob unterscheidet man deduktive und kohärenztheoretische Modelle. Beide Konzepte implizieren etwas für die Frage des Moralexpertentums und das übersehen der „common-sense“ Standpunkt. Deduktivisten wie R. Hare können nur der Meinung sein, dass Ethiker auch Moralexperthen sind, denn man braucht ihrer Meinung nach zum Ermitteln korrekter Moralurteile nicht mehr und nicht weniger als die Kompetenzen des Ethikers: Das Wissen um die Begriffe der Moralsprache. R. Hare will aus diesem Wissen und der Kenntnis der Fakten Moralurteile begründen, und daher ergibt sich für den Ethiker jedenfalls ein privilegierter Zugriff auf richtige Moralurteile. Aber auch Kohärenztheoretiker, die dem Rawlsschen Modell des Überlegungsgleichgewichts folgen, können ein solches nur erzielen, wenn sie die theoretische Seite des Gleichgewichts beherrschen. Im Überlegungsgleichgewicht wird ein Ausgleich theoretischen Wissens und moralischer Intuitionen gesucht, der voraussetzt, dass man über theoretisches Wissen verfügt. Ohne solches Wissen ist das moralische Urteilen von Intuitionen beherrscht und daher einseitig und anfällig für Fehler. Jedes der derzeit dominierenden Rechtfertigungsmodelle impliziert also eine Stärkung des Moralexpertentums von Ethikern, schafft eine Verbindung von der zugrunde gelegten Theorie zum Status praktischer Urteile von Ethikern. Diese Verbindung besteht konkret darin, dass die Moralurteile von Ethikern mit einer besonderen „Dignität“ ausgestattet werden müssen. Man muss also offenbar diese Schlussfolgerung akzeptieren oder ein alternatives Rechtfertigungsmodell entwickeln. Was dieses Fazit für den Ethiker und seine Stellung in Kommissionen bedeutet, soll im Vortrag weiter ausgelotet werden. Ist der Ethiker der Fachmann, während andere, von seinem Urteil abweichende Meinungen in Kommissionen Irrtümer sind? Der Begriff des Expertentums scheint derartiges zu suggerieren, aber wie jeder weiß, ist dem nicht so.

Folglich muss man den Begriff des Moralexperten anders auffassen. Mögliche Interpretationen sollen erarbeitet und auf ihre Konsequenzen hin befragt werden.

Eine systematische Landkarte klinischer Ethikkomitees in Deutschland. Ergebnisse eines Forschungsprojekts

Matthias Kettner, Arnd T. May

Prof. Dr. Matthias Kettner (✉)

Privatuniversität Witten/Herdecke, Fakultät f.d. Studium fundamentale
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

Die konfessionellen Krankenhausverbände haben mit den Empfehlungen zur Einrichtung Klinischer Ethik Komitees 1997 einen wesentlichen Impuls zur Einrichtung lokaler ethikberatender Gremien geschaffen. Verstärkt wird dieser Impuls u.a. durch die derzeit stattfindende Zertifizierung von Krankenhäusern, in denen bei einigen Zertifizierungsmanualen nach Gremien zur Ethikberatung gefragt wird. Neben konfessionellen Häusern haben auch nichtkonfessionelle Häuser Ethikkomitees eingerichtet und dies mit unterschiedlichen Organisationsformen. Vor diesem Hintergrund ist die Analyse von Organisationsformen, Arbeitsweisen und Erfahrungen bestehender und in Gründung befindlicher Ethikkomitees dringlich. Z.B. hängt die Frequenz der Fallanfragen von mehreren Faktoren ab (wie Initiative zur Einrichtung und Art der Zusammensetzung des Ethikkomitees). Im Rahmen eines DFG-Forschungsprojektes zu Klinischen Ethik Komitees wurde eine systematische Landkarte bestehender Ethik Komitees in Deutschland erstellt, die verschiedenen Konzeptionen analysiert und die Komitees nach verschiedenen Merkmalen charakterisiert. Der Beitrag stellt Ergebnisse des Projekts vor und formuliert einige praxisrelevante Hypothesen zur sinnvollen Entwicklung dieser neuen moralischen Institution.

Das Recht auf Gesundheit

Hartmut Kreß

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik

Am Hof 1, 53113 Bonn

Der Begriff des Rechtes auf Gesundheit verdient schon deshalb Interesse, weil er nicht nur in der philosophischen oder theologischen Ethik, sondern darüber hinaus juristisch und völkerrechtlich relevant ist. Zwar werden diesem Begriff Vorbehalte entgegengebracht. Hierzu gehören die Einwände, er leiste einem maximalistischen oder utopischen Gesundheitsideal Vorschub oder fördere eine medizinische Anspruchsinflation. Solche Vorbehalte lassen sich aber entkräften. Mehrere Menschenrechtskonventionen, darunter der UN-Sozialpakt von 1966, haben das Recht auf Gesundheit präzisiert, indem sie eine Eingrenzung als Recht auf „Schutz“ der Gesundheit oder auf das „individuell erreichbare Maß“ an Gesundheit vornahmen und indem die Vertragsstaaten zu seiner konkreten Umsetzung „so weit wie möglich“ verpflichtet wurden.

Das Bonner Grundgesetz erwähnt dieses Grundrecht nicht explizit. Indirekt lässt es sich jedoch aus dem Grundrechtskatalog des Grundgesetzes ableiten und spielt im Richterrecht sowie verfassungsrechtlich eine erhebliche Rolle. Seine geistesgeschichtlichen Wurzeln finden sich erstens in der Aufklärungsphilosophie des 17. / 18. Jahrhunderts sowie zweitens in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts, zum Beispiel bei Virchow.

In heutiger Perspektive ist das Menschenrecht auf Gesundheit sowohl als individuelles Schutz- und Abwehrrecht wie auch als soziales Anspruchsrecht auszulegen. Für die Begründung der Medizinethik besitzt es konzeptionell in mehrfacher Hinsicht Bedeutung. Es leitet dazu an,

- medizinethische Grundlagenfragen zu reflektieren, darunter die Frage, inwieweit dem Anspruch des Einzelnen darauf, dass der Staat gesundheitsdienliche Ressourcen bereitstellt, eine individuelle Pflicht zur gesundheitsgemäßen Lebensführung gegenüberzustellen sei (Verhältnis zwischen „Recht auf Gesundheit“ und „Pflicht zur Gesundheit“)
- strukturelle gesundheitspolitische Aufgabenstellungen zu benennen und sie zu gewichten (zum Beispiel den Stellenwert und die Grenzen von Präventivmedizin),
- sozialethische Zukunftsfragen zu erörtern: Ausgehend vom Menschenrecht auf Gesundheit ergibt sich die Frage, ob sich in bestimmten Fällen eine Pflicht zur medizinisch-therapeutischen Forschung postulieren lässt: Besitzt die Forschungsfreiheit (Art. 5, 3 GG) ein Korrelat in einer For-

schungspflicht? Dies ist etwa in Bezug auf die embryonale Stammzellforschung relevant und müsste sehr viel präziser erörtert werden, als es im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Bundestages von 2002 der Fall war

- die Gesundheitspolitik auch als Entwicklungspolitik zu verstehen. Zusammen mit dem Leitbegriff einer „nachhaltigen“ Entwicklung ist das Recht auf Gesundheit in völkerrechtlichen Dokumenten, darunter der Agenda 21, kodifiziert und zum zentralen Kriterium der Entwicklungspolitik erklärt worden – ein Sachverhalt, der hierzulande wenig beachtet wird.

Fazit: Das Recht auf Gesundheit bildet einen Brückenbegriff zwischen Ethik und Rechtsordnung und besitzt schon allein aus diesem Grund Praxis- und Alltagsbedeutung. Die Medizinethik sollte ihn – neben Prinzipien wie Freiheit, Selbstbestimmung, Fürsorge usw. – verstärkt aufarbeiten. Dieser Begriff ist heuristisch hilfreich, um medizinische sowie gesundheitspolitische Zukunftsaufgaben zu definieren und um angesichts von medizinischen oder gesundheitspolitischen Wertkonflikten Güterabwägungen vorzunehmen.

Der Beitrag der Sozialwissenschaften zur biomedizinischen Ethik: ein Mehrebenenmodell

Tanja Krones

Tanja Krones

Universität Marburg, Zentrum für Innere Medizin und Zentrum für Konfliktforschung

Baldiger Str. 1, 35033 Marburg

Die Sozialwissenschaften spielen im bisherigen (bio-)ethischen Diskurs eine untergeordnete Rolle, obwohl sowohl auf inhaltlicher, als auch auf erkenntnistheoretischer Seite das theoretische und empirische Instrumentarium der Soziologie, Politologie und Sozialpsychologie einen wesentlichen Beitrag für die ethische Forschung leisten können. Hierzu ist es jedoch unabdingbar, dass Ethik insgesamt auch als soziales Phänomen betrachtet und im sozialen Raum verortet wird. Ethische Theorien - und Theoretiker - die von universal gültigen, sozial - und kulturunabhängigen Prinzipien ausgehen, haben zu dieser Betrachtung initial keinen unmittelbaren Zugang. Mit der zunehmenden Bedeutung anwendungsorientierter (Bio-)Ethik ist ein rein theoretischer Zugang ohne empirische Basis jedoch auch für die klassischen moralphilosophischen Ethiktheorien nicht mehr ausreichend. Auch

wenn man Ethik weiterhin als eine rein abstrakte, formale Disziplin ansehen und das Subjekt ethischer Betrachtung nicht sozial kontextuell eingeordnet sehen möchte, ist es sinnvoll, die Ethik betreibenden Wissenschaftler innerhalb ihres sozialen Kontextes, in den realen sozialen und politischen Prozessen zu verorten, umso mehr, als dass in jüngster Zeit Ethikexperten beispielsweise durch den Nationalen Ethikrat enger an aktuelle politische Entscheidungen eingebunden werden.

Es ist sinnvoll, mehrere Analyseebenen nach den zugrundeliegenden Situationen und der Reichweite möglicher Folgen zu differenzieren. Auf der Mikro- und Mesoebene direkter Interaktionen in ethischen Dilemmasituationen (Personalethik, Bioethik im engeren Sinne) können je nach zugrundeliegender ethischer Theorie sozialpsychologische und soziologische Mikrotheorien und empirische Instrumentarien herangezogen werden. Ethische Ansätze, die sich induktiv mit dem moralischen Wissen und Verhalten direkt involvierter Akteure befassen, und von daher ein genuin erkenntnistheoretisches Interesse an der sogenannten Alltagsmoral haben (Casuistry, Tugendethik, Careethik und pragmatische kontextsensitive Ethik insgesamt) können von sozialpsychologischen Erkenntnissen (u.a. sozialen Kognitionstheorien, Theorien prosozialen Verhaltens, Theorien sozialer Einflüsse in Kleingruppen), sowie mikrosoziologischen Richtungen (insbesondere symbolischem Interaktionismus, Phänomenologie, Ethnomethodologie und mikrosoziologischen feministischen Richtungen) theoretisch wie empirisch profitieren. Ein elaboriertes sozialwissenschaftliches empirisches Instrumentarium ist jedoch auch für deduktiv vorgehende Ethiktheorien auf der Anwendungsebene von großer Bedeutung.

Auf der ethischen Makroebene (Organisationsethik, Public Health Ethik und Sozialethik im weiteren Sinne) können zur Theoriebildung sowohl Erkenntnisse makrosoziologischer Theoretiker (u.a. Niklas Luhmann, Max Weber), politologische Bearbeitungen der Fragen von Macht, Herrschaft und Konfliktregelungen, als auch sozialpsychologische Forschung zu Intergruppenprozessen zur Verortung ethischer Fragen im gesellschaftlichen Raum und zur Verortung der Bioethik als wissenschaftlicher Disziplin im wissenschaftlichen Raum beitragen.

Besonders instruktiv für den zentralen Universalismus - Partikularismusstreit in der Ethik erscheint mir die Hinzuziehung soziologischer Theorien, die ebenfalls versuchen, Mikro- und Makroebene zu verbinden (Theorien kommunikativen Handelns (Habermas), Dualität von Handlung und Struktur (Beck, Giddens), sowie des Geschlechterverhältnisses).

Insgesamt kann sozialwissenschaftliche Forschung einen Beitrag dazu leisten, normativistische Fehlschlüsse oder unzutreffende Folgenabschätzungen zu vermeiden, die in einer von der gesellschaftlichen Realität abgekoppelten, auf nicht-empirischen oder schlechten empirischen Analysen basie-

renden bioethischen Wissenschaft unvermeidlich sind. Beispielhaft soll im Hinblick auf diese Problematik auf die jüngste Debatte um die Einführung der PID auf der Basis bisheriger Studien und eigener Analysen eingegangen werden.

Welchen Beitrag kann die Medizingeschichte für die Disziplin Medizinethik leisten? Zu den Grenzen einer ahistorischen Medizinethik

Giovanni Maio

PD Dr. Giovanni Maio

Klinikum der Universität Freiburg, Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin

Elsässer Str. 2m, 1a, 79110 Freiburg

Eine Besonderheit der deutschen Medizinethik besteht darin, dass an vielen Universitäten die Medizinethik institutionell mit der Medizingeschichte verknüpft ist. Angesichts dessen, dass beide Disziplinen über ganz unterschiedliche Methoden verfügen, stellt sich die Frage, ob eine solche Verknüpfung sinnvoll ist und ob nicht beide Disziplinen dadurch an Profil verlieren. Hier lassen sich drei Positionen formulieren. Die erste geht davon aus, dass Geschichte und Ethik keine Berührungspunkte haben und daher nicht institutionell verflochten sein dürfen. Die zweite Position besagt, dass durch den Rekurs auf die Geschichte moralische Fragen beantwortet werden können. Der Beitrag möchte Argumente für und gegen diese beiden Positionen darlegen und am Ende eine mittlere Position für die plausibelste erklären.

Diese mittlere Position geht davon aus, dass der Rekurs auf die Geschichte zur Legitimierung bestimmter moralischer Positionen nicht ausreichen kann. Daher wird vor einer Instrumentalisierung der Geschichte gewarnt. Vor allem wird davor gewarnt, die Geschichte in der Steigbügelfunktion für die Ethik zu betrachten, denn es widerstrebt historischen Arbeitens, von der Frage der Relevanz der Geschichte für die Gegenwart auszugehen. Vielmehr zwingt die historische Methode dazu, bei der Erarbeitung von Problemzusammenhängen die Perspektive der Gegenwart auszublenden. Die Orientierung an der Relevanzfrage könnte daher das Ende der sauberen historischen Methode sein. Unabhängig von der illegitimen Relevanzfrage ist der Historiker in Bezug auf die Ethik darauf angewiesen, die Normen, die sie beschreibt, nur als Fakten zu beschreiben. Die Geschichte kann nicht die ethische Legitimität dieser Normen begründen. Aus der histori-

schen Erkenntnis an sich lässt sich keine Begründung der Legitimität einer Norm ableiten. Die historische Sicht müsste idealiter eine moralische Distanzierung des Beschriebenen implizieren, weil auch die beschriebene Norm historisch thematisiert werden muss und nicht einfach als - aus der heutigen Sicht - gültig vorausgesetzt werden darf. Ohne diese konsequente Distanzierung gäbe es keinen historischen Erkenntnisgewinn. Den Nachweis zu bringen, dass eine Norm Gültigkeit für heute hat, fällt somit nicht in den Aufgabenbereich der Geschichte. Trotzdem kann daraus nicht abgeleitet werden, dass die institutionelle Verflechtung von Ethik und Geschichte für beide Fächer zwangsläufig schädlich wäre. Schädlich wäre sie nur so lange wie die Verknüpfung ohne grundlegende methodische Reflexion erfolgt. Wenn aber die Grenzen der Relevanz der Geschichte für die Ethik stets mit bedacht werden, kann die Geschichte für die Ethikdiskussion einen wesentlichen Beitrag leisten, der jedoch nicht in der direkten Analogisierung oder in der Berufung auf die Geschichte als Argument bestehen kann. Vielmehr besteht das Potential der Geschichte für die Medizinethik darin, dass erst sie es erlauben wird, die Interpretation einer ethischen Konfliktsituation innerhalb der besonderen historisch determinierten Praxis zu reflektieren. Denn am Ende kann die kritische Analyse des historischen, kulturellen und sozialen Kontextes der Situation eine besondere Einsicht in die Problemkonstellation gewähren, die von der Philosophie alleine nicht geleistet werden kann. Die Medizingeschichte kann die strukturellen Bedingungen benennen, aus denen heraus Konfliktsituationen entstehen. Gerade die in der historischen Methode begründeten Kontingenzperspektive kann den Blick dafür schärfen, dass die zentralen Fragen in der medizinischen Ethik auf keine klare und objektive Antwort hoffen können, weil die Praxis, die diese Fragen aufwirft eine kontingente und damit keine selbstverständliche aus der Natur sich ergebende Praxis ist, sondern nur eine Praxis, die durch das Zusammenkommen vielfältiger meist unbewusster menschlicher Entscheidungen zustande gekommen ist.

Eine Medizinethik, die bei der Konfrontation mit konkreten klinischen Fällen davon ausgeht, dass sie keine Geschichte braucht, um diese Fälle zu lösen, wird eine einäugige Medizinethik sein, die es versäumt haben würde, die zu lösenden Probleme hinreichend zu kontextualisieren. Wenn bei der Erörterung auch noch so „praktischer“ Probleme dieser Kontext so weit ausgeblendet wird, läuft man Gefahr, partikularen Sichtweisen zum Opfer zu fallen. Eine wesentliche Aufgabe der medizinethischen Bearbeitung von Problemkonstellationen besteht gerade darin, die meist nur impliziten ideologischen Grundmuster und Prämissen bestimmter Leitprinzipien in der Medizin auszumachen. Die Philosophie ist die Disziplin, die von ihrer Methodik her sich auf die Infragestellung dieser Vorverständnisse versteht. Die Geschichte kann somit nur einen zusätzlichen Beitrag zur kritischen

Besinnung über die Art, die Zielsetzung und die Grundlagen des medizinischen Denkens und Handelns leisten, für den sie keineswegs einen Exklusivanspruch hat. Aber eine Medizinethik, die davon ausgeht, dass sie zur Bewältigung der aktuellen Probleme keinerlei historischer Kontextualisierung bedarf, würde sich am Ende selbst als Ideologie entpuppen. Die Geschichte der Medizin braucht die Medizinethik nicht, um methodisch saubere Erkenntnisse zu produzieren. Aber die Ethik wird auf Dauer auf die Rezeption medizinhistorischer Forschung angewiesen sein, wenn sie die Probleme in ihrer Komplexität verstehen möchte.

Vom Fall zur Kasuistik

Gerald Neitzke

Dr. Gerald Neitzke

Med. Hochschule Hannover, Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung
in der Medizin

Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Durch das einflussreiche Buch „The abuse of casuistry“ (1988) von Albert Jonsen und Stephen Toulmin ist die Kasuistik als Methode in den medizinethischen Diskurs zurückgekehrt. Diese Methode sieht vor, dass eine detaillierte Situationsbeschreibung des zu analysierenden Falles vorgenommen und er daraufhin einem bestimmten ethischen Thema oder Problembereich (Topos) zugeordnet wird. Dieses Verfahren wird als Taxonomie bezeichnet. Per Analogieschluss wird dann der zu analysierende Fall einem der paradigmatischen Fälle innerhalb des Topos zugeordnet. Paradigmatische Fälle sind dadurch charakterisiert, dass sie eine eindeutige und unbestrittene Lösung aufweisen. Diese Lösung wird auf den analogen Fall übertragen. Die paradigmatischen Fälle sind nicht durch sich selbst moralisch gerechtfertigt. Sie legitimieren sich ihrerseits durch Prinzipien oder Moraltheorien. Die konkrete Einzelfalllösung ist somit zwar nicht streng theoriegebunden, aber doch theorieverbunden. Diese Art der Problemlösung kommt dem pragmatischen, klinischen Prozess der (moralischen) Entscheidungsfindung nahe. Vorteile liegen in ihrer Praktikabilität, der Unabhängigkeit von den moralphilosophischen Vorstellungen der Beteiligten, und dem Fehlen jeglicher Dogmatik, ohne dass ein situativer Relativismus („anything goes“) entstünde. Ungeklärt ist bei Jonsen und Toulmin jedoch das Verhältnis von Paradigma/Prinzip (Theorie) und Fall (Praxis). Kasuistik wird nicht (nur) als Deduktion einer Lösung aus dem gegebenen Paradigma/Prinzip verstanden. Dann hätten die Prinzipien eine eigene normative Kraft, und aus

dem kasuistischen Ansatz würde schlicht eine Prinzipienethik werden, die hier „moderate Kasuistik“ genannt werden soll. Die situationsbezogenen Elemente sind jedoch konstitutive Elemente der Lösung. Die Methode der Kasuistik legt nahe, dass in den Spezifika der Fälle selbst ein prinzipien-generierendes Potential steckt. Dies könnte als „starke Kasuistik“ bezeichnet werden. Sie stellt sicher, dass es einen moralbegründenden Gehalt in den paradigmatischen Fällen gibt. Jonsen und Toulmin sind sich uneinig über die dahinterstehende Frage, ob es einen induktiven Schritt von Fällen zu Prinzipien geben kann.

Das Verhältnis von Theorie und Praxis kann induktiv oder deduktiv verstanden werden. An dieser Stelle soll das Konzept von Jonsen und Toulmin weitergedacht werden. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass Theorie und Praxis gänzlich unverbunden sind. In dem Fall wird eine Lösung durch Vergleichen ähnlicher Fälle gefunden, ohne dass auf Prinzipien zurückgegriffen wird. Diese Position könnte als „extreme Kasuistik“ bezeichnet werden. Der paradigmatische Fall ist also nur insofern unterschiedlich, als er eine von allen akzeptierte Lösung aufweist. Er ist in der Form der extremen Kasuistik jedoch nicht paradigmatisch in einem normativen Sinn. Dieses Vorgehen lehnt sich an den klinischen Prozess der Diagnosefindung und der therapeutischen Behandlung an. Auch hier wird von Manchen eine extrem kasuistische Position vertreten. Der Vorteil eines solchen Ansatzes liegt in der Spezifizierung und Individuierung moralischer Urteilsbildung. Verantwortung wird für alle Beteiligten spürbar, da nicht nur eine (logische) Deduktion oder Taxonomie vorgenommen werden muss. Die Übernahme der Verantwortung liegt dann in der Durchführung der kasuistischen Methode. Die konkreten Umstände des Falles leiten die Urteilsbildung. Chancen und Grenzen einer so verstandenen Kasuistik sollen im Vortrag erläutert werden.

Die Begründung medizinethischer Prinzipien – Common sense oder Kohärenz? Zur Systematik der „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress

Oliver Rauprich

Dr. Oliver Rauprich

Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Glückstraße 10, 91054 Erlangen

Die internationale bio- und medizinethische Diskussion ist sehr stark von prinzipienorientierten Ansätzen geprägt worden, nicht zuletzt durch den Einfluss des Standardwerkes von Tom L. Beauchamp und James F. Childress *Principles of Biomedical Ethics*. Prinzipienorientierte Ansätze sind dadurch charakterisiert, dass sie keine ethischen Theorien zur Grundlage ihrer Untersuchung machen, sondern auf einer mittleren Abstraktionsebene allgemein anerkannte ethische Prinzipien – wie z.B. Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit – fallspezifisch interpretieren und gegeneinander abwägen. Dies erleichtert die Identifizierung und Strukturierung ethischer Probleme und eine mögliche Konsensfindung. Es stellt sich jedoch die Frage, wie die Auswahl der Prinzipien, deren fallspezifische Explikation und deren Abwägung mit anderen Prinzipien ohne Rückgriff auf die Ebene der Theorien begründet werden kann.

In der fünften Auflage ihres Buches von 2001 haben Beauchamp und Childress die theoretische Fundierung ihres Ansatzes detailliert herausgearbeitet. Sie gründen ihre Ausführungen auf die Konzeption einer „common morality“, einem gemeinsamen Kern fest in der Alltagsmoral aller seriösen Menschen verankerten Überzeugungen. Ein Problem ist, wie diese Konzeption eine kritische Funktion ausüben und sich von der gängigen Alltagsmoral abgrenzen kann. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass Beauchamp und Childress immer dann, wenn sie gegen die herrschende Meinung argumentieren, sich weniger auf den Common sense als vielmehr auf die konsequente und stimmige Anwendung der Prinzipien berufen. Dies deutet an, dass ihre Fundierung zumindest implizit auch von kohärentistischen Elementen geprägt ist. Damit bestehen zwei verschiedene Begründungsweisen, die sich zwar nicht prinzipiell, jedoch in bestimmten Fällen ausschließen.

In dem Vortrag wird der systematische Ansatz von Beauchamp und Childress vorgestellt und die Spannung zwischen den beiden Begründungselementen herausgearbeitet. Es wird dafür argumentiert, das kohärentistische Element zu stärken und den Aspekt des Common sense darin zu integ-

rieren. Im Ergebnis wird für den Ansatz eines reflexiven Gleichgewichts im Sinne von John Rawls argumentiert, der über die Prinzipienorientierung hinausgeht und auch Theorien mit in seine Begründung aufnimmt.

Fälle – Situationen – Geschichten. Zur Rolle der Urteilskraft in der (Medizin-)Ethik

Theda Rehbock

Dr. Theda Rehbock
Löwenstr.1, 01099 Dresden

Aus Unzufriedenheit mit allzu praxisfern erscheinenden Bemühungen der Ethik um eine prinzipienorientierte Begründung der Moral haben sich in der biomedizinischen Ethik der vergangenen 20 Jahre Ansätze zur Wiederbelebung fall- oder situationsbezogener Methoden herausgebildet. Solchen Konzeptionen wird vielfach der Vorwurf gemacht, es mangle ihnen an der notwendigen Kritik der jeweils herrschenden Moral und an davon unabhängigen, universal gültigen Moralprinzipien, die einer rationalen Begründung bedürfen. Der Vortrag soll einen Ausweg aus dem Dilemma zwischen Praxisferne und Kritikmangel aufzeigen, indem er die – zwischen universalen Prinzipien und konkreten Fällen vermittelnde – Rolle der Urteilskraft für die ethische Reflexion verdeutlicht.

Auf der einen Seite ist zu zeigen, dass es keine „reinen„ Fälle gibt. „Fälle„ sind in der Ethik immer Fälle einer bestimmten Art von moralischen Problematik. Die Erfahrung und Beschreibung dieser Problematik setzt bereits eine entwickelte moralische Sprache und Kultur voraus, die nicht nur partikular gültige Normen beinhaltet, sondern übergeordnete, (zumindest dem Anspruch nach) universal gültige Gesichtspunkte des moralischen Urteils.

Auf der anderen Seite ist deutlich zu machen, dass auch die höchsten Prinzipien der Moral nur im Kontext konkreter Situationen und Geschichten der Lebenspraxis verständlich zu machen und zu begründen sind. Eine ethische Kritik herrschender Moralvorstellungen unter Rekurs auf solche Prinzipien kann nur gerechtfertigt und wirksam sein, wenn sie in dieser Lebenspraxis selbst ansetzt und sich selbst als Teil dieser Lebenspraxis mit einer bestimmten Geschichte begreift.

„Prinzipien„ und „Fälle„ sind somit Pole ein und derselben ethischen Reflexion, die sich in verschiedenen Bereichen – zum Beispiel in der akademischen Philosophie oder in der Ethikausbildung von Ärzten und Pflegenden – durch verschiedene Akzentsetzungen oder Reflexionsebenen, aber nicht grundsätzlich hinsichtlich der Methoden und Ziele unterscheidet.

Um diese ethische Reflexionstätigkeit genauer zu beschreiben, unterscheidet ich zwei Formen der Urteilskraft – die praktische Urteilskraft, die in der Einzelsituation selbst moralisch urteilt, und die reflektierende Urteilskraft, die gegenüber der herrschenden Urteilspraxis kritisch reflektierend Distanz nimmt – und drei Formen der Situationsbezogenheit:

1. Ausgangspunkt und Endpunkt ethischer Reflexion sind die Normalsituationen zum Beispiel der ärztlichen oder pflegerischen medizinischen Praxis, in denen sich die moralischen Probleme stellen.
2. Für die Exemplifikation der konkreten Bedeutung universaler Moralprinzipien bedarf es der anthropologischen Reflexion der Moral durch exemplarischen Bezug auf paradigmatische Situationen oder prototypische Geschichten der menschlichen, etwa der medizinischen Praxis, die sowohl Musterfälle „vorbildlichen,“ moralischen Handelns als auch typische Fälle der Verletzung moralischer Grundsätze enthalten. (Klassisches Beispiel: „Gleichnis vom barmherzigen Samariter,“).
3. Ein besonderer Anlass ethischer Reflexion sind Grenzsituationen, die durch eine besondere Konflikthaftigkeit und Unsicherheit moralischer Urteile gekennzeichnet sind, da die Bedeutung ethisch-anthropologischer Grundbegriffe in ihnen unscharf oder vage wird. Das gilt zum Beispiel für Begriffe wie Menschenwürde, Person oder Autonomie in neuartigen, besonders konflikthaften Problemsituationen der medizinischen Praxis, deren Problematik in besonderer Weise durch den „Strukturwandel der Medizin,“ (W. Wieland) – Verwissenschaftlichung, Technisierung, Institutionalisierung, Ökonomisierung usw. – geprägt ist.

Kontextsensitive Ethik in der Reproduktionsmedizin: Theorie und empirische Ergebnisse

Gerd Richter, Tanja Krones

Prof. Dr. Gerd Richter (✉)
Universität Marburg, Zentrum Innere Medizin
Baldinger Straße 1, 35043 Marburg

Ethische Fragen, die sich im Bereich der neueren Entwicklungen der Reproduktionsmedizin stellen, dominieren in weiten Teilen die aktuelle öffentliche bioethische Debatte. Die Hauptargumentationslinien in der bundesdeutschen Bioethikdebatte zu PID, Stammzellforschung, therapeutischem und reproduktivem Klonen bilden einerseits deontologische Theorien auf der Basis des Menschenwürdeprinzips, konsequentialistische, sozialethische Erwägungen, liberale Argumentationen um den Autonomieas-

pekt und eine spezifische feministische Sichtweise. Dabei gehen die meisten Argumentationen entweder allein von der aus ihrer Theorie abgeleiteten Status des Embryos, oder der (bedrohten) Autonomie und Menschenwürde der NutzerInnen von Reproduktionstechnologien und möglicherweise indirekt betroffenen vulnerablen Gruppen (z.B. behinderten Menschen) aus. Die Beziehung der in den spezifischen Situationen Beteiligten zueinander, sowie die Sichtweise von direkt Betroffenen und der Bevölkerung sind bisher kaum berücksichtigt worden. Beide Aspekte sind im Rahmen einer kontextsensitiven, pragmatisch-anwendungsorientierten Bioethik wichtig, um im Bereich der Reproduktionsmedizin zu lebensweltlich angemessenen und auf demokratischen Grundsätzen basierenden Entscheidungen zu kommen.

Während in der bundesdeutschen bioethischen Argumentation zu dieser Thematik hauptsächlich deduktiv vorgegangen wird, steht ein induktives Vorgehen am Beginn einer Analyse im Rahmen einer kontextsensitiven Ethik. Erkenntnis- und handlungsleitend ist zunächst eine gründliche, empirisch fundierte Analyse der Akteure und deren Beziehung zueinander innerhalb der Situationen, die als ethische Dilemmata identifiziert worden sind. Dabei werden alle direkt Betroffenen in ihren moralischen Urteilsfähigkeiten ernst genommen, wobei hierbei die Auffassung zugrunde liegt, dass den in der Sozialisation erworbenen moralischen Intuitionen direkt Beteiligter ein prima facie normativer Gehalt innewohnt. Allgemeine ethische Regeln und Prinzipien, sowie sozialetische, gesellschaftliche Folgenabschätzungen werden sowohl im Studiendesign als auch in der Ergebnisinterpretation berücksichtigt. Regeln, Prinzipien und mögliche Folgen von Handlungen fungieren in der ethischen Beurteilung („ethical inquiry“ nach John Dewey) als Hypothesen, welche eine Normenkritik grundsätzlich ermöglichen. Daher sind Prinzipien mittlerer Reichweite im Rahmen einer kontextsensitiven Ethik universalistischen Ethikprinzipien vorzuziehen. Zusätzlich zentral - insbesondere im Bereich der Reproduktionsmedizin - sind die Instrumente und Erkenntnisse feministischer Bioethik, wobei in der bundesdeutschen feministischen Debatte Verkürzungen und Brüche auszumachen sind, die eine differenzierte wissenschaftliche Bearbeitung unseres Erachtens erschweren.

Für die kontextsensitive Bearbeitung ethischer Aspekte in der Reproduktionsmedizin bedeutet dies, dass den Eltern und deren Beziehung zu den von ihnen abstammenden Embryonen eine zentrale Rolle im Entscheidungsfindungsprozess zukommen muss. Wie wir in unseren BMBF-geförderten Studien zu Einstellungen von direkt Betroffenen (genetischen Hochrisikopaaren, IVF-Paaren), gematchten Kontrollpaaren und wissenschaftlichen Experten zum Umgang mit Kinderwunsch und zur Bewertung der PID und IVF zeigen konnten, ist die Beziehung zu einem achtzelligen Embryo be-

reits stark ausgeprägt und von Ansichten prospektiver Eltern auf ihre prospektiven Kinder bestimmt. Ansichten über den Status des Embryos sind jedoch pluralistisch und von der direkten Betroffenheit, soziodemographischen Variablen und religiösen Wertorientierungen abhängig, nicht aber von einer differenzierten moralischen Bewertungsgrundlage. Der Status des Embryos kann nicht normativ festgelegt werden. Geschützt werden sollte nicht primär der „Embryo an sich“ sondern vielmehr die „reproduktive Einheit der Mutter mit ihrem Embryo“. Weder das deutsche Embryonenschutzgesetz noch eine liberale Forschungspraxis mit Embryonen, die eine informierten Zustimmung teilweise massiv vernachlässigt, tragen diesem Kontext genügend Rechnung. Weitere Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die PID als eine ethisch akzeptable Alternative von den Hochrisikopaaren angesehen wird. Darüber hinaus wird der soziale Druck, Techniken wie die PID anzuwenden, von direkt Betroffenen anders empfunden als von primär nicht betroffenen Menschen, ein Ergebnis welches der generellen Auffassung in Deutschland widerspricht.

Ethikberatung als Qualitätskriterium – Qualitätskriterien für Ethikberatung

Alfred Simon

Dr. Alfred Simon
Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Ethikberatung wird zunehmend als Qualitätskriterium für Krankenhäuser gesehen. Im Qualitätshandbuch von proCum Cert wird ausdrücklich danach gefragt. Dies hat u.a. dazu geführt, dass die Zahl von Ethikberatungseinrichtungen in den letzten Jahren stark gestiegen ist. So hat sich etwa die Zahl solcher Einrichtungen an Evangelischen Krankenhäusern, die vorwiegend nach proCum Cert zertifiziert werden, innerhalb von 2 Jahre von 14 im Jahre 2000 [1] auf 32 im Jahr 2002 [2] mehr als verdoppelt.

Angesichts dieser Entwicklung stellt sich zunehmend die Frage nach der Qualität von Ethikberatung. Eine empirische Erhebung aus dem Jahre 2000 [1] hat diesbezüglich ein eher ernüchterndes Bild gezeichnet: nur die Hälfte der an konfessionellen Häusern vorhandenen Ethikberatungseinrichtungen besaß eine Geschäftsordnung, die für die Beratung verantwortlichen Mitarbeiter wurden häufig schlecht oder gar nicht auf ihre Aufgabe vorbereitet; externe Hilfe bei der Implementierung von Ethikberatung wurde nur von knapp der Hälfte der Häuser in Anspruch genommen.

Während in den USA von der American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) „Kernkompetenzen für Ethikberatung“ [3] definiert wurden, findet in Deutschland noch keine nennenswerte Diskussion zur Qualitätssicherung von Ethikberatung statt.

Der Vortrag wird in Auseinandersetzung mit den Empfehlungen der ASBH und basierend auf eigenen Erfahrung aus der Mitarbeit in einem klinischen Ethik-Komitee sowie aus der Beratung von Krankenhäusern bei der Implementierung von Ethikberatung eigene Kriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Ethikberatung definieren und begründen.

Referenzen:

- [1] Simon A, Gillen E (2001) Klinische Ethik-Komitees in Deutschland. Feigenblatt oder praktische Hilfestellung in Konfliktsituationen. In: von Engelhardt D, von Loewenich V, Simon A, Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster: 151-157
- [2] Groß N, Ergebnisse einer Befragung des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, Workshop: Ethik-Komitees in Kliniken. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven (Essen, 10./11. Juni 2002)
- [3] American Society for Bioethics and Humanities (1998) Core Competencies for Health Care Ethics Consultations, Glenview, IL

Informed Consent und Shared Decision-Making bei Tumorpatienten in der Palliativsituation – Erste Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten und Patienten

Birgitt van Oorschot

Dr. Birgitt van Oorschot

Universität Jena, Modellvorhaben „Patienten als Partner“

Zwätzengasse 12, 07743 Jena

Ohne Einwilligung des Patienten sind medizinische Maßnahmen nicht zulässig. Während bei akuten Notfällen im Sinne des „rechtfertigenden Notstandes“ das Einverständnis mit lebensrettenden/lebenserhaltenden Maßnahmen vorausgesetzt wird, ist bei chronischen Krankheiten und geplanten Eingriffen bzw. Therapiemaßnahmen die adäquate Aufklärung und die freiwillige Einwilligung des kompetenten Patienten (Informed Consent, IC) vor Beginn jeder medizinischen Maßnahme unverzichtbar. In der juristischen und ethischen Literatur werden die Voraussetzungen, die Bedingungen und zunehmend auch die Hindernisse des IC intensiv diskutiert. Im Unterschied dazu fokussiert die Diskussion in der Medizin vorwiegend auf

die rechtlichen Rahmenbedingungen medizinischer Entscheidungen. In der angelsächsischen Diskussion wird versucht, die Entscheidungsprozesse in Aufnahme und Weiterführung der Idee des Informed Consent im Shared-Decision-Making (SDM) zu konzeptionalisieren, wobei SDM eine präferenzorientierte individuelle Abstufung von Information und gewünschter Patientenpartizipation ermöglichen soll. Dieses Modell soll in dem als Interventionsstudie angelegten Modellvorhaben „Patienten als Partner – Tumorpatienten und ihr Mitwirken bei medizinischen Entscheidungen“ auf seine Tragfähigkeit in der finalen Situation untersucht werden.

Methode: Wir führten unter einem systemischen Ansatz im Sommer 2002 eine schriftliche Hausärztebefragung durch. Seit März 2003 werden in persönlich-mündlichen Gesprächen Tumorpatienten in der Palliativsituation interviewt. Die standardisierten Fragebögen, die nach sozialwissenschaftlichen Regeln auf der Grundlage narrativer Interviews entwickelt wurden, enthalten für alle Befragtengruppen übereinstimmende Fragen u. a. nach der gewünschten Entscheidungsbeteiligung, nach dem Informationsstand und der Patientenpartizipation an medizinischen Entscheidungen. An der Hausärztebefragung beteiligten sich 170 niedergelassene Thüringer Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte (33% Rücklauf, 505 versandte Fragebögen bei insgesamt 1400 Hausärzten in Thüringen). Bis Ende Februar 2003 wurden in verschiedenen Kliniken des Klinikum der FSU Jena 130 Tumorpatienten in der Palliativsituation interviewt und 100 Fragebögen ausgewertet.

Ein kurzer Blick auf die Ergebnisse zeigt, dass 57% der Hausärzte und 53% der Patienten es bevorzugen, dass Arzt und Patient die letzte Entscheidung über die konkrete medizinische Behandlung gemeinsam treffen. 35% der befragten Patienten präferieren die Letztentscheidung durch den Arzt, wobei knapp die Hälfte der Meinung ist, dass der Arzt die Patientenmeinung ernsthaft berücksichtigen sollte. Die Patienten sind aus der Sicht der Hausärzte deutlich schlechter informiert als aus der Eigenperspektive und haben - so beide Befragtengruppen - insgesamt nur begrenzte Möglichkeiten zur Einflussnahme auf Art und Ablauf der Behandlung. Darüber hinaus sind Entscheidungen für Patienten oftmals nur schwer als solche erkennbar. Patienten sehen sich eher vor der Alternative, den Vertretern des medizinischen Systems zu vertrauen oder sich der Krankheit auszuliefern. Es wird zu diskutieren sein, ob angesichts der vorliegenden Ergebnisse eine geforderte Arzt-Patient-Interaktion im Sinne des „Informed Consent“ nicht eher ein normatives Konstrukt medizinisch-ethischer, juristischer oder gesundheitspolitischer Theoriebildung ist bzw. für welche Patientengruppen welches Modell der Arzt-Patient-Interaktion unter Berücksichtigung des rechtlich Erforderlichen hinaus praxisrelevant sein kann. Im Vortrag sollen die bisherigen Befragungsergebnisse dargestellt und kontrastierend unter Ein-

beziehung der verschiedenen Modelle der Arzt-Patient-Beziehung unter besonderer Berücksichtigung des SDM-Konzept diskutiert werden.

Klinische Ethik zwischen Theorie und Praxis: Eine Umfrage an allen deutschen Universitätskliniken

Jochen Vollmann, Axel Weidtmann, Nicole Burchardi-Grabić

Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann

Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Glückstraße 10, 91054 Erlangen

Klinische Ethikkomitees, klinische Ethikberatung und klinische Fallbesprechungen sind im deutschsprachigen Raum neue Methoden zur Institutionalisierung von Ethik in der Medizin. Während in den letzten Jahrzehnten Erfahrungen mit diesen Instrumenten vornehmlich in den USA gemacht wurden, entwickelten sich klinische Ethikkomitees in einer wachsenden Zahl europäischer Länder wie z.B. den Niederlanden, Großbritannien und skandinavischen Ländern. Gegenwärtig existieren in Deutschland über 50 klinische Ethikkomitees, überwiegend in Krankenhäusern kirchlicher Trägerschaft sowie in kleineren Versorgungskrankenhäusern. Dagegen haben wenige Universitätskliniken klinische Ethikkomitees eingerichtet. Beispiele hierfür sind die Medizinische Hochschule Hannover und das Universitätsklinikum Erlangen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird argumentiert, dass die Institutionalisierung von klinischen Ethikkomitees in erster Linie den Bedürfnissen kleinerer und mittelgroßer Krankenhäuser entspricht. Auf der anderen Seite sind jedoch auch Ärzte, Pflegepersonal und andere Berufsgruppen in Universitätskliniken mit ähnlichen ethischen Problemen in der Krankenversorgung konfrontiert wie in kleineren nichtuniversitären Krankenhäusern.

Auf der Grundlage unserer Erfahrung mit dem Klinischen Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen befragten wir alle ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren deutscher Universitätskliniken nach ihrer Einschätzung, Prioritätensetzung, nach Bedürfnissen und geplanten Institutionalisierungen im Bereich klinischer Ethik. Aufgrund dieser empirischen Daten werden die unterschiedlichen Inhalte, Methoden, Arbeitsstile und Bedürfnisse von Ethik auf der einen und Klinik auf der anderen Seite diskutiert und Ansätze für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte klinische Ethik als integrierter Organisationsbestandteil von Universitätskliniken erörtert.

Institutionelle Ethik: ein erweiterter Auftrag für klinische Ethikkomitees?

Eva Weiss

Dr. Eva Weiss

Harvard Medical School, Dept. of Social Medicine, Div. of Medical Ethics
641 Huntington Avenue, Boston, MA 02115

Die klinische Ethikberatung hat sich bislang überwiegend der Lösung individueller ethischer Konfliktfälle gewidmet. Damit hat sie die individuellen Akteure, die Prinzipien und Rechtfertigung ihres Handelns in den Mittelpunkt gerückt – die Einbindung und Strukturen, unter denen dieses Handeln steht, haben bislang weniger Beachtung gefunden. Klinische Entscheidungen mit ethischer Relevanz werden jedoch in der komplexen Institution „Krankenhaus“ getroffen, die durch vielfältige formelle und informelle Vorgaben das Verhalten ihrer Mitarbeiter beeinflusst.

Informelle Einflussfaktoren sind die Krankenhauskultur und das vorherrschende ethische Klima; formale Vorgaben sind offizielle Richtlinien, aber auch die Personaldichte und damit die Zeitvorgaben, in denen Aufgaben erledigt sein müssen.

Da Konflikte klinischer Ethik häufig auch systemimmanente Faktoren zugrunde liegen und Prinzipien klinischer Ethik institutionelle Analogie haben – wie etwa Vertraulichkeit im Umgang mit Patientendaten – scheint der Ruf nach einer erweiterten institutionellen Ethik berechtigt. Sie soll einerseits den strukturellen Vorgaben, in denen Entscheidungen innerhalb der Institution getroffen werden Rechnung tragen und andererseits das Verhalten der Institution in ethischen Grundsatzfragen leiten.

Strittig ist jedoch bislang, ob klinische Ethikkomitees das geeignete Forum sind, um Fragen institutioneller Ethik zu lösen. Gegner dieses Ansatzes sprechen den Ethikkomitees die notwendige Expertise in administrativen und wirtschaftlichen Fragen und die notwendige Machtposition ab, um tatsächlich institutionelle Entscheidungen zu beeinflussen. Sie befürchten außerdem, dass es zu Interessenskonflikten kommen kann, wenn das Ethikkomitee sich „als Diener zweier Herren“ gleichzeitig den Interessen des Patienten und der Institution verpflichtet fühlt.

Befürworter halten dagegen, dass sich die Ethikkomitees bereits als geeignetes Forum für ethische Überlegungen in der Institution bewährt haben, die fehlende Expertise durch Vertreter aus der Administration ergänzt werden kann und die klinische Ethik nicht umhin kann, für eine effektive Arbeit auch strukturelle Probleme anzugehen.

Als Teilnehmer der „Organizational Ethics Task Force“ des Children’s Hospitals in Boston will ich mit dem ersten institutionellen Beratungsauftrags an das dortige Ethikkomitee eine Möglichkeit der praktischen Umsetzung institutioneller Ethik aufzeigen. Die „Organizational Ethics Task Force“ des Harvard Lehrkrankenhauses hat sich im Frühjahr 2002 mit dem Ziel organisiert, im Namen der Institution zu entscheiden, wie diese sich zur Ablehnung von Blutprodukten von reifen Minderjährigen (überwiegend Zeugen Jehovas) verhalten soll.

Ich werde zunächst praxisbezogen darstellen, was diesen Beratungsauftrag bedingt hat, wie das Gremium zur Lösung dieses Problems zusammengestellt wurde, welche Voraussetzungen wesentlich zum Gelingen des Auftrags beigetragen haben und wie die Entscheidung der „Task Force“ ausfiel.

In Hinblick auf eine theoretische Konzeption institutioneller Ethik wird eine umfassende Begriffsklärung mit Diskussion der verschiedenen Ansätze aus der Wirtschaftsethik erfolgen, die sich schon ausgiebig mit Fragen der Unternehmensethik beschäftigt hat. Es wird dann erörtert, inwieweit bei bestimmten ethischen Fragen eine institutionelle Festlegung der Einzelfallentscheidung vorgezogen werden sollte. Es wird ein Modell entwickelt, das Wege aufzeigen soll, wie synergistische Momente klinischer und institutioneller Ethik genutzt und Interessenskonflikte vermieden werden können.

Die bisherigen Erfahrungen klinischer Ethikkomitees, die sich in den USA mit institutioneller Ethik beschäftigt haben, weisen darauf hin, dass ein um das notwendige Spezialwissen bereichertes Ethikkomitee institutionsweite Richtlinien erarbeiten und damit die ethische Einzelfallentscheidung erleichtern kann.

Zum Verhältnis von Theorie und Lebenspraxis in der Debatte um den moralischen Status des Embryos

Claudia Wiesemann

Prof. Dr. Claudia Wiesemann
Universität Göttingen, Abt. Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Theorie und lebensweltliche Praxis stehen gerade in der Medizinethik in einem Spannungsverhältnis. Dies zeigt sich zum Beispiel in der Reproduktionsmedizin, wo Lebenspraxis und Moraltheorie in weiten Bereichen unvereinbar erscheinen und Befürworter einer Legalisierung von PGD oder

Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen den Vorwurf auf sich ziehen, der normativen Kraft des Faktischen zu erliegen.

Ich möchte im Vortrag am Beispiel der Reproduktionsmedizin zeigen, inwiefern eine Berücksichtigung lebensweltlicher Bezüge unverzichtbar ist, um angemessene Begriffe und Normen für die medizinethische und medizinrechtliche Diskussion herauszubilden. Im Besonderen werde ich die Debatte um den moralischen Status des Embryos daraufhin analysieren, ob Begriffe verwendet werden, die der Erfahrungswelt von Frauen angemessen sind und damit in der Lebenswelt von Frauen Bestand haben können. Ich werde untersuchen, wann und wie man sinnvoller Weise überhaupt von einem Embryo sprechen kann und was für Folgen sich daraus für die ethische Theorie ergeben.

Die Analyse wird zeigen, dass einige widerstreitende Positionen in der Debatte über den moralischen Status des Embryos weder falsch noch richtig, sondern vielmehr nicht angemessen sind. Für den angemessenen Umgang mit Konflikten müssen Theorie und Lebenspraxis aufeinander bezogen sein. Es soll aufgezeigt, warum wir eine Moral- und Rechtsphilosophie benötigen, die der besonderen Situation der Schwangerschaft und damit auch den Lebenserfahrungen von Frauen gerecht wird.

II. Workshop

Medizinethik und Behinderung

Marcus Düwell, Sigrid Graumann, Swantje Köbsell, Andreas Kuhlmann

Arbeitsgruppe „Medizin(ethik) und Behinderung“ (✉)

Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Die Schnittstellen zwischen den Diskussionen um „Behinderung“ und der „Medizinethik“ sind zahlreich. Die Diagnose von und der Umgang mit Behinderungen stellt ein wichtiges Arbeitsfeld der Medizin dar. Man könnte entsprechend erwarten, dass „Behinderung“ ein prominentes Thema der Medizinethik wäre. Tatsächlich taucht das Thema aber recht selten im Kanon medizinethischer Themen auf, häufig im Zusammenhang mit genetischer Diagnostik. Dabei fällt auf, dass die Medizinethik sich in erster Linie als Disziplin entwickelt, die sich als Begleitreflexion der Medizin begreift und entsprechend ihre Gesprächspartner in erster Linie unter den Medizi-

nern sucht. Zwischen Menschen mit Behinderungen selbst und der Medizinethik ist das Gespräch hingegen nicht eben etabliert.

Auch in der Behindertenbewegung wird unter dem Thema „Bio- und Medizinethik“ hauptsächlich eine Auseinandersetzung um das Lebensrecht Behinderter vermutet. Viele Menschen mit Behinderungen haben in ihrem Leben vielfältigen Kontakt mit medizinischen Einrichtungen gehabt. Häufig sind diese Erfahrungen ambivalent. Wenngleich für viele medizinische Unterstützung in vielfacher Hinsicht überlebensnotwendig ist, so gibt es doch auch die Erfahrung von Abhängigkeit und Paternalismus. Auch die Möglichkeiten der biomedizinischen Forschung werden von vielen Behindertenvertretern als ambivalent gesehen. Während mancher mit großen Erwartungen auf den Durchbruch zu neuen therapeutischen Möglichkeiten wartet, sehen andere neue medizinische Möglichkeiten, wie z. B. die genetische Diagnostik, als eine bedrohliche Infragestellung der eigenen Existenz.

Diese kurz angedeuteten Zusammenhänge haben das Gespräch zwischen Behindertenbewegung und Medizinethik nicht eben leicht gemacht. Man muss vielmehr eine nicht unbeträchtliche Gesprächsstörung konstatieren. Während häufig Behindertenvertreter nicht eben den Eindruck hatten, dass die Medizinethiker das Gespräch mit ihnen suchen, wurde von vielen Ethikern die gezielte Störung von bioethischen Diskussionsveranstaltungen als Angriff auf die Meinungsfreiheit erlebt.

Im Rahmen des Workshops soll den Ursachen für diese Gesprächsstörung nachgegangen werden mit dem Ziel, den Kontakt zwischen Vertretern von Medizinethik und Behindertenbewegung zu intensivieren und das Thema „Behinderung“ systematisch auf die Agenda der Medizinethik zu setzen.

