

Jahrestagung 2007

Pluralität in der Medizin

**Tagungsprogramm
und Abstracts**

Tübingen, 27.09.–29.09.2007

in Zusammenarbeit mit dem
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin und dem
Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
der Eberhard Karls Universität Tübingen

Tagungsprogramm

Donnerstag, 27.9.2007

15.30 – 17.45 Uhr

Mitgliederversammlung der AEM

18.00 – 20.00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung

Historischer Lesesaal im Bonatzbau der
Universitätsbibliothek, Wilhelmstr. 32

*Grußwort durch Prodekan Prof. Dr.
Stephan Zipfel*

*Verleihung des Nachwuchspreises der
AEM*

*Festvortrag: Bioethischer Pluralismus –
Fakten, Probleme, Grenzen*
Dieter Birnbacher, Düsseldorf

Anschließend Abendessen im Restaurant
Museum

Freitag, 28.9.2007

07.15 Uhr

Lauftraining mit Dieter Baumann
Treffpunkt: Touristeninformation,
Neckarbrücke

09.00 – 12.30 Uhr

Plenarsitzung „Pluralität in der Medizinethik“

Eröffnung

Claudia Wiesemann, Göttingen

Einführung in das Tagungsthema

Urban Wiesing, Tübingen

*Gesellschaftliche Pluralität und plurale
Medizinethik: Abschied vom Prinzipiellen?*
Tanja Krones, Marburg

*Verfassungsrechtliche Aspekte der Pluralität
anhand medizinethischer Beispiele*
Werner Heun, Göttingen

Global Ethics and Plurality

Donna Dickenson, London

14.00 – 16.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Sektion 1: Medizinethik und Pluralität I

*Über materiale Ethik, partiellen Pluralismus
sowie ethische Dilemmasituationen*
Tobias Heinrich Duncker, Münster

*Prinzipienorientierte Medizinethik – eine
angemessene Antwort auf die moralische
und evaluative Pluralität in der modernen
Medizin?*

Georg Marckmann, Tübingen

*Universelle ethische Prinzipien und
ethischer Pluralismus*

Oliver Rauprich, Bochum

*Betroffenheit und Expertenmeinung – eine
Frage der Meinungsvielfalt oder des
Blickwinkels?*

Mark Schweda, Silke Schick Tanz, Göttingen

Sektion 2: Wertepluralität am Beginn und Ende des Lebens

*Pränataldiagnostik und späte
Schwangerschaftsabbrüche - Zur Pluralität
des Umgangs mit moralischen Dilemmata
in Europa*

Elisabeth Hildt, Tübingen

*Zum ärztlichen Umgang mit
Wertepluralität: Das Beispiel Obduktion*
Gereon Schäfer, Dominik Groß, Aachen

*Adressaten von Patientenverfügungen:
Eine Literaturanalyse der gegenwärtigen
Situation in der Bundesrepublik
Deutschland*

Katharina Lex, Witten

Sektion 3: Wertepluralität in der Lehre und im Gesundheitswesen

Medizinethik in der Leere?

Petra Gelhaus, Münster

*Das Proprium der Pflegeethik im
medizinethischen Normendiskurs*
Settimio Monteverde, Basel

*Konsensfähiger Pluralismus – Umgang mit
Pluralität in Klinischen Ethikkomitees*
Julia Inthorn, Wien

*Pluralität in der Medizin als Wettbewerbs-
faktor in der Gesundheitsversorgung*
Andreas Vogt, Stuttgart

16.30 – 18.30 Uhr

**Plenarsitzung „Pluralität in den
Behandlungsweisen und theoretischen
Vorstellungen“**

*Pluralismus in der Medizin aus
historischer Perspektive*
Robert Jütte, Stuttgart

*Pluralismus in der Medizin – Pluralismus
der Therapieevaluation?*
Heiner Raspe, Lübeck

*Pluralismus in der Medizin – ethische
Aspekte*
Urban Wiesing, Tübingen

19.00 Uhr

Stoherkahnfahrt, Anlegerstelle
Hölderlinturm

20.00 Uhr

Abendessen im Casino am Neckar,
Wöhrdstraße 25

Samstag, 29.9.2007

09.00 – 11.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Sektion 4: Medizinethik und Pluralität II

*Anwendungsbereichen bioethischer
Urteilsbildung. Ein Stufenmodell*
Lars Klünnert, Iserlohn

*Die Borg und die Bioethik: Pluralität
assimilieren. Widerstand zwecklos?*
Jürgen Wallner, Wien

*Moralische Kompromisse in
biomedizinischen
Kooperationsbeziehungen*
Minou Friele, Düsseldorf

*Dein Wille geschehe? Die Pluralität
evaluativ vorstellungen eines
gelingenden Lebens und die
Fürsorgepflichten des Arztes*
Matthis Synofzik, Georg Marckmann,
Tübingen

Sektion 5: Anthropologie und Pluralität

*Die Mannigfaltigkeit der Körnernatur.
Ideengeschichtliche Herleitung der*

*gegenwärtigen Phase des epistemischen
Umbruchs*

Anke Haarmann, Hamburg

*Zwischen Biowissenschaften und
Konstruktivismus: Zur Frage des
Körperbewusstseins in der Medizin*
Uta Müller, Tübingen

*Die „Natur des Menschen“. Ihre
notorische Vieldeutigkeit und ihre
Bedeutung für die biomedizinische Ethik*
Jens Clausen, Oliver Müller, Freiburg

Die Grenze zur Wunschmedizin
Friedrich Heubel, Marburg

**Sektion 6: Wissenschaftstheorie und
Pluralität in der Medizin**

*Medizinische Nutzenbewertung, EbM und
die Pluralität ihrer Werturteile. Eine neue
Herausforderung für die Medizinethik.*
Daniel Strech, Tübingen

*„Goldstandard“ oder Methodenpluralität
in der klinischen Forschung am Menschen:
methodische und ethische Fragen*
Monika Bobbert, Heidelberg

*Pluralität medizinischer
Behandlungsverfahren: Eine qualitative
Untersuchung zu Aufklärung und
Therapieentscheidungsfindung bei
Rheumatoider Arthritis*
Jan Schildmann, Mathias Grünke, Jochen
R. Kalden, Jochen Vollmann, Bochum

*Unschärferelationen zwischen
Naturalismus und Normativismus. Ethische
Beobachtungen zur semantischen
Unbestimmtheit und pragmatischen
Komplementarität verschiedener
Krankheitskonzepte mit Blick auf die
Adipositas*
Jens Ried, Marburg

11.30 – 13.00 Uhr

**Plenarsitzung „Streitgespräch zur
ethischen Pluralität in der Biomedizin“**

Spiros Simitis und Georg Paul Hefty

13.00 Uhr Schlusswort

Freie Vorträge

Abstracts

S1.1 Über materiale Ethik, partiellen Pluralismus sowie ethische Dilemmasituationen

Tobias Duncker

*Evangelisch-Theologische Fakultät,
Universität Münster*

Zumindest in den aufgeklärten Gesellschaften des Westens wird ein Pluralismus im Hinblick auf Selbst- und Weltverständnis des Einzelnen sowie gesellschaftlicher Teilgruppen systematisch positiv bewertet (also nicht lediglich hingenommen). Dabei ist nicht allein die deskriptive, sondern auch die normative Dimension dieses fundamentalen Aktes der Inbezugsetzung des Individuums mit eingeschlossen: Pluralismus wird nicht nur für hermeneutische Konzepte der humanen Selbstvergewisserung, vielmehr auch für handlungsleitende Wertsetzungen, allgemeiner: für die ethische Orientierung der Gesellschaftsglieder eingefordert. Bei näherem Hinsehen wird allerdings deutlich, dass trotz dieser Wertschätzung pluraler Orientierungsmuster auch in den Kernbereichen individueller Existenz (Selbstverhältnis und Ethos) zumindest im „philosophischen Alltagsverständnis“ ein materialer Nenner normativer Setzungen vorausgesetzt oder direkt verlangt wird: In bestimmten Bereichen der ethischen Debatte scheint vielen die einheitliche Überzeugung von der Geltung bestimmter konkreter Normen unabdingbar zu sein, beispielsweise im Hinblick auf die Geltung eines (genügend spezifizierten) Tötungsverbotes. Damit wird selbstverständlich nicht behauptet, dass irgendeine Art gesellschaftlicher Konsens über die jeweils in Betracht kommenden materialen Festlegungen bestünde. Letztere werden vielmehr als konkretes Ideal der verschiedenen am ethischen Diskurs beteiligten Akteure immer unterschiedlich ausformuliert werden.

In dem hier vorgeschlagenen Vortrag soll

es darum gehen, die logische Struktur einer unter den Bedingungen pluraler Orientierung leicht unübersichtlich werdenden Debatte in bestimmten Teilaspekten zu erhellen: Nachdem zunächst noch einmal auf das legitime Anliegen des oben so genannten philosophischen Alltagsverständnisses eingegangen wird, sollen in einem ersten Hauptschritt des Vortrags verschiedene Konstellationen geprüft werden, die für eine materiale Orientierung in zentralen ethischen Problemfeldern in pluralen, säkularen Gesellschaften prima facie in Frage zu kommen scheinen. Ist z.B. ein allgemein geteiltes anthropologisches Fundamentalkonzept dazu geeignet, trotz divergierender Ethikbegründungen das gemeinsame materiale Resultat in relevantem Umfang zu gewährleisten? Oder wird der erforderlich scheinende Gleichklang moralischer Erwägungen gerade dadurch sichergestellt, dass bestimmte ethische Prinzipien möglichst weit auf ihre Grundkontur reduziert und in dieser „gereinigten“ Form von allen Seiten akzeptiert werden, während der große Rest der individuell je verschieden ausgeprägten anthropologischen Hintergrundannahmen für sich genommen plural organisiert wird? Verschiedene Spielarten beider Alternativen sollen eingehender besprochen werden, wobei die erste Alternative besonders mit Blick auf den möglicherweise drohenden naturalistischen Fehlschluss zu untersuchen sein wird; ich werde in diesem Zusammenhang Gründe dafür anführen, dass *hier* keine Gefahr besteht. Als Ergebnis des gesamten ersten Hauptschrittes wird sich sodann ergeben, dass keine der ins Spiel gebrachten Modelle eines Ausgleichs von ethischem bzw. anthropologischem Pluralismus einerseits und dem Bedürfnis nach bestimmten materialen Eckpunkten ethischer Orientierung andererseits das Angestrebte zu leisten vermag.

In einem zweiten Hauptschritt wird es deshalb um die Explikation dieses Scheiterns gehen. Dabei werde ich die These vertreten, dass hierfür in erster Linie ein (oftmals impliziter) schwacher Emotivismus des ethischen Alltagsverständnisses verant-

wortlich ist, der mit dem Problem der Wahrheitsfähigkeit ethischer Feststellungen überfordert ist (vgl. das sog. Frege-Geach-Problem), darum aber auch die (lebensweltlich gerade entscheidende) Rekonstruktion ethischer Dilemmata nicht in befriedigender Weise erlaubt.

Abschließend ist positiv zu skizzieren, dass der als legitim herausgearbeitete Anspruch an ethische und anthropologische Theorien, materiale Kristallisationspunkte vorzuhalten, insbesondere im Gebiet der Medizinethik m.E. nur durch eine basale Orientierung am ethischen Dilemma ermöglicht werden kann – obgleich dies in Anbetracht der ja definitorisch gesetzten Unauflösbarkeit solcher Konstellation mit Blick auf die angestrebte partielle Versöhnung heteronomer Positionen auf den ersten Blick paradox erscheinen mag.

S1.2 Prinzipienorientierte Medizinethik – eine angemessene Antwort auf die moralische und evaluative Pluralität in der modernen Medizin?

Georg Marckmann

Institut f. Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

Kaum eine ethische Theorie besitzt bei der Bearbeitung konkreter ethischer Fragestellungen in der modernen Medizin eine vergleichbare Popularität wie die prinzipienorientierte Medizinethik, wie sie zuerst von Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelt wurde. Dieser Ansatz will dem Theorienpluralismus in der Moralphilosophie begegnen: Die Autoren verzichten bewusst auf den Anspruch, eine umfassende ethische Theorie mit einem obersten Moralprinzip zu entwickeln und orientieren sich viel mehr an einer „Pluralität“ weithin konsensfähiger Prinzipien einer „mittleren“ Begründungsebene. Beauchamp und Childress bemühen zwei verschiedene ethische Begründungskonzepte, um ihr Vorgehen zu rechtfertigen: Die Kohärenztheorie und das Konzept einer Common Morality. Im ersten Teil meines Vortrags möchte ich untersuchen, inwieweit diese beiden Begründungskonzepte

eine plausible Rechtfertigung der medizinethischen Prinzipien Wohltun, Nichtschaden, Respekt der Autonomie und Gerechtigkeit darstellen. Ich werde dabei die Auffassung vertreten, dass der Rückgriff auf eine universale Common Morality zusätzlich zur Kohärenztheorie nicht nur widersprüchlich, sondern letztlich begründungstheoretisch auch überflüssig ist. Im Gegensatz zur Common Morality zeichnet sich das kohärentistische Rechtfertigungsverfahren durch eine große Offenheit aus, die gerade für einen interkulturellen Verständigungsprozess einen gewichtigen Vorteil darstellt: Alle wohlüberlegten, kulturspezifischen moralischen Urteile („considered judgements“) können in den Überlegungsprozess einfließen. Insofern bietet eine kohärentistisch begründete, prinzipienorientierte Medizinethik ein geeignetes Instrumentarium, um der kulturelativen moralischen Pluralität im Bereich der modernen Biomedizin zu begegnen.

Eine Pluralität besteht in modernen Gesellschaften aber nicht nur im moralisch-normativen Bereich, sondern auch im Bereich evaluativer Vorstellungen eines guten Lebens. Im zweiten Teil meines Vortrags möchte ich deshalb prüfen, inwieweit eine prinzipienorientierte Medizinethik der Pluralität unterschiedlicher substanzieller Werthaltungen und Lebensvorstellungen gerecht werden kann. Die Anwendung der medizinethischen Prinzipien erfordert zwei Bearbeitungsschritte, die Interpretation und die Gewichtung: Zunächst müssen die Prinzipien für den vorliegenden Fall interpretiert werden („Wie kann man bei einem Patienten mit einer Demenz die Selbstbestimmung respektieren?“). In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob die Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren, konvergieren oder divergieren. Im Konfliktfall ist eine begründete Abwägung der Prinzipien erforderlich, da keine apriori-Gewichtung der Prinzipien vorgegeben ist (z.B. wenn ein Patient eine für ihn lebensrettende Behandlungsmaßnahme ablehnt). Anhand eines konkreten Fallbeispiels aus dem Bereich der Onkologie möchte ich zeigen, dass substanzielle Vor-

stellungen des guten Lebens sowohl auf der Ebene der Interpretation als auch auf der Ebene der begründeten Abwägung der Prinzipien eine wesentliche Rolle spielen. Das häufig kritisierte eingeschränkte Problemlösungspotential der prinzipienorientierten Medizinethik erweist sich also insofern gerade in werteppluralen modernen Gesellschaften als Stärke, als sie im Einzelfall für individuelle Werthaltungen und Lebensvorstellungen offen bleibt und damit individuell auf die konkrete Situation und die Präferenzen der betroffenen Personen abgestimmte Lösungen ermöglicht.

S1.3 Universelle ethische Prinzipien und ethischer Pluralismus

Oliver Rauprich

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Bochum

In einigen einflussreichen medizinethischen Theorien wie der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress oder Gerts Common-morality Ansatz werden eine Mehrzahl von Prinzipien zu Grunde gelegt, die prima facie Gültigkeit beanspruchen, jedoch im Konfliktfall Ausnahmen zulassen. Ich werde argumentieren, dass sich diese Herangehensweise für die Begründung eines moderaten ethischen Pluralismus stark machen lässt, der nicht nur weit verbreiteten alltagsmoralischen Intuitionen entspricht, sondern auch philosophisch überzeugen kann. Zudem bietet er eine angemessene Grundlage für die Entwicklung einer kulturübergreifenden Bioethik und für die Bewertung bioethischer Dissonance.

Eine Reihe von Prinzipien können trotz divergierender Theorien in der Ethik und pluraler Werte in modernen Gesellschaften allgemeine Gültigkeit und Akzeptabilität beanspruchen. Zugleich sind bestimmte Ausnahmen von diesen Prinzipien (etwa dem Tötungsverbot) allgemein anerkannt. Damit wird ein normativer Rahmen für die Entwicklung einer kulturübergreifenden Ethik geschaffen, die sich durch folgende Merkmale auszeichnen kann:

- *Kontextsensitivität*: Moralische Urteile

beziehen sich auf bestimmte natürliche, ökonomische, soziale oder andere Kontexte, die nicht überall in gleicher Weise gegeben sein mögen. Der Prima-facie-Charakter der Prinzipien erlaubt eine bessere Differenzierung der Bewertung verschiedener Kontexte, als es üblicherweise in klassischen fundamentalistischen Ethiktheorien möglich ist. Diese Kontextsensitivität entspricht in hohem Maße unseren Alltagsintuitionen.

- *Abweis eines moralischen Absolutismus*: Damit wird die Idee mancher fundamentalistischer Ethiktheorien von einer absolut, d.h. ohne Ausnahme in jeder Situation geltenden Norm zurückgewiesen. Eine solche Vorstellung scheidet regelmäßig an tief verwurzelten ethischen Intuitionen.

- *Universelle Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle*: Im Rahmen des Prima-facie Ansatzes liegt die Beweislast bei denjenigen, die in einem bestimmten Kontext eine Ausnahme für ein ethisches Prinzip behaupten. Es muss aufgezeigt werden, in welcher Hinsicht ein Kontext gegenüber einem anderen relevant anders gelagert ist, um eine Ausnahme von der Regel zu begründen. Anderenfalls ist eine Gleichbehandlung aller Fälle in diesen Kontexten geboten.

- *Abweis des normativen Relativismus*: Damit wird ein normativer Relativismus in die Schranken verwiesen. Es kann nicht jede Kultur ihre eigene moralische Wahrheit für sich beanspruchen; sehr wohl können Kulturen jedoch besondere Umstände für sich reklamieren, die besondere Regeln erfordern. Dafür sind sie allerdings in der Begründungspflicht.

- *Anerkennung ethischer und normativer Ungewissheit*: Die kontextspezifische Anwendung von prima facie Prinzipien fördert in besonderem Maße die Einsicht in deskriptive wie auch normative Ungewissheiten, deren Anerkennung zu argumentativer Vorsicht und Toleranz abweichender Meinungen führt.

- *Anerkennung inkompatibler oder gleichwertiger moralischer Überzeugungen*: Prima facie Prinzipien zeigen in der konkreten Anwendung vielfach auch die

Schwierigkeit der vergleichenden Bewertung sowie die Möglichkeit einer gleichen Wertigkeit alternativer Kontexte und Handlungsoptionen auf. In diesen Fällen sind ebenfalls eine gewisse Vorsicht und Toleranz in der ethischen Argumentation angezeigt.

In der Summe führen diese Merkmale zu einem moderaten ethischen Pluralismus, der anerkennt, dass es für eine Reihe von ethischen Problemen mehr als nur eine einzige richtige oder am besten begründete Lösung gibt, ohne die Möglichkeit kulturübergreifender moralischer Überzeugungen aufzugeben. Der Ansatz wird diejenigen, die von der Ethik gerade in strittigen Fragen eine eindeutige Orientierung und Führung verlangen, enttäuschen. Aber warum sollten wir nicht in bioethischen Fragen mit einer (begrenzten) Mehrzahl ethischer Überzeugungen leben können? Wer einen religiösen, politischen oder kulturellen Pluralismus angreift, gilt zu recht als fundamentalistisch oder totalitär. Warum sollte in im Hinblick auf die Medizinethik anders sein?

S1.4 Betroffenheit und Expertenmeinung – Eine Frage der Meinungsvielfalt oder des Blickwinkels?

*Mark Schweda, Silke Schicktanz
Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin, Universität Göttingen*

Im akademischen bioethischen Diskurs ist die Vielfalt von Expertenmeinungen oft auf unterschiedliche theoretische Hintergrundannahmen zurückzuführen. Allerdings wird auch der Ruf nach Berücksichtigung der Standpunkte und Blickwinkel derjenigen laut, die unmittelbar von bioethischen Entscheidungen betroffen sind, also vor allem von Patienten, Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen. Dies wird besonders dort relevant, wo Betroffenen- und Expertenmeinungen konfliktieren. In diesem Zusammenhang stellen sich Fragen, die bislang wenig systematische Beachtung gefunden haben: Wer hat überhaupt als Betroffener zu gelten und auf der Grundlage welcher Kriterien? Welche spezifischen Unterschiede weist die Posi-

tion und Perspektive der Betroffenen gegenüber der der Experten einerseits und der anderer Laien andererseits auf? Und warum und inwiefern sollte diesen Unterschieden eine normative Bedeutung beigemessen werden?

In unserem Vortrag wollen wir die normativen Implikationen von Pluralität ausloten, die sich im Zusammenhang mit der Betroffenenperspektive, insbesondere in der Gegenüberstellung zur Expertenperspektive, ergeben kann. Unsere Überlegungen beruhen auf der Untersuchung von moralischen Argumenten zu Organtransplantation und postnatalen Gentests anhand eigens durchgeführter Fokusgruppen (einer etablierten sozio-empirischen Methode) mit Laien, Patienten und Angehörigen von Patienten in Deutschland. Wir beginnen mit einem kurzen Überblick über einige spezifische historische und sozio-kulturelle Hintergründe des Phänomens 'Betroffenheit' in Deutschland. Auf der Grundlage unseres empirischen Materials gehen wir dann der argumentativen Funktion von Betroffenheit für moralische Einstellungen und Entscheidungen im Kontext von Organtransplantation und Gentests nach. Dabei liegt unser Augenmerk zum einen auf epistemischen Aspekten, also kognitiven Zuständen, Fähigkeiten und Leistungen wie Informationsgewinnung, Problemauffassung oder Wissensformen, und zum anderen auf normativen Aspekten, also moralischen und politischen Rechten, Verantwortungen und Pflichten, wie etwa dem Recht auf politische Teilhabe oder der Pflicht zur Information von Angehörigen. Es lässt sich zeigen, dass sich die moralischen Positionen Betroffener in einigen zentralen Punkten von denen von Laien und vielen Ethikern unterscheiden. Aus ethischer Sicht wirft dies unserer Meinung nach wichtige Fragen nach den verschiedenen Formen direkter, indirekter, potentieller oder abstrakter Betroffenheit auf und wie man ihnen im akademischen Diskurs jeweils gerecht wird. Dabei spielen Parteilichkeit, Gerechtigkeitsüberlegungen und Standpunktreflection eine wichtige Rolle, um Pluralität einerseits besser zu verstehen,

andererseits aber auch gegebenenfalls konstruktiv, im Sinne einer notwendigen Einigung, zu überwinden. Daher wollen wir abschließend die Frage erörtern, wie sich das Verhältnis zwischen Betroffenen und bioethischen Experten jenseits von Paternalismus und Instrumentalisierung, aber auch Subjektivismus und Parteilichkeit, sinnvoll gestalten lässt, z.B. mittels empirischer Sozialforschung einerseits und Verfahren politischer Partizipation andererseits.

S2.1 Pränataldiagnostik und späte Schwangerschaftsabbrüche – Zur Pluralität des Umgangs mit moralischen Dilemmata in Europa

Elisabeth Hildt

Lehrstuhl für Ethik in den Biowissenschaften, Universität Tübingen

Im Rahmen des Beitrags werden ethische Aspekte des Umgangs mit Pränataldiagnostik und den insbesondere im Fall einer Befundstellung auftretenden Entscheidungsdilemmata diskutiert. Vor dem Hintergrund einer weiten Autonomiekonzeption werden hierbei die jeweiligen Entscheidungssituationen und Entscheidungskonflikte analysiert sowie Möglichkeiten zur Unterstützung der Frauen im Umgang mit Pränataldiagnostik thematisiert.

Anschließend wird das von der EU geförderte interdisziplinäre Kooperationsprojekt “Ethical Dilemmas due to Prenatal and Genetic Diagnostics (EDIG)” vorgestellt, an dem WissenschaftlerInnen aus Griechenland, Großbritannien, Israel, Italien, Schweden und Deutschland aus den Bereichen Medizin, Humangenetik, Psychologie, Psychiatrie, Psychoanalyse, Philosophie und Ethik beteiligt sind. Im Rahmen des internationalen Forschungsprojektes werden die Auswirkungen von Pränataldiagnostik auf Frauen und ihre Partner in den verschiedenen europäischen Ländern anhand von Fragebogen- und Interviewstudien ermittelt und hiermit in Verbindung stehende ethische Dilemmata analysiert. Hierbei steht die im Fall einer Befundstellung auftretende Problematik im Vordergrund. Das EDIG-Projekt wird ko-

ordiniert von Frau Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Universität Kassel/Sigmund-Freud-Institut Frankfurt. Der Lehrstuhl für Ethik in den Biowissenschaften der Universität Tübingen bearbeitet als einer der Kooperationspartner ein ethisches Teilprojekt.

S2.2 Zum ärztlichen Umgang mit Wertepluralität: Das Beispiel Obduktion

Gereon Schäfer, Dominik Groß

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

In der Bundesrepublik Deutschland hat die Quote klinischer Obduktionen mit derzeit rund drei Prozent aller Verstorbenen einen historischen Tiefpunkt erreicht. Wenngleich die Sektionszahlen in vielen Staaten rückläufig sind, liegt diese Rate in Deutschland erheblich unter dem Niveau der meisten Industrienationen (Schweiz: ca. 20 %, Großbritannien: ca. 17 %).¹

Vor diesem Hintergrund kann es nicht verwundern, dass sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in einer aktuellen Stellungnahme mit dieser Entwicklung auseinandersetzt. Dennoch überrascht die Eindeutigkeit, mit der die Stellungnahme eine Erhöhung der Sektionsquote einfordert: *„Die Obduktion ist eine zentrale Säule der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und stellt somit einen essentiellen Bestandteil der Gesundheitsfürsorge dar. Der Gesetzgeber sollte sich daher verpflichtet fühlen, die zur Durchführung einer ausreichenden Anzahl von Obduktionen notwendigen rechtlichen, ökonomischen und faktischen Voraussetzungen zu schaffen. Dies ist eine langjährige Forderung der Ärzteschaft. [...] Ergänzend bedarf es einer öffentlichen Diskussion darüber, ob nicht jeder Bürger zu dieser Aufgabenerfüllung beitragen sollte. Das setzt voraus, dass die Durchführung einer Obduktion primär als selbstverständlich angesehen wird und nicht als etwas*

¹ Vgl. www.bundesaerztekammer.de/downloads/AutLang.pdf

*Besonderes gelten darf.*²

Diese Stellungnahme bedient sich fraglos einer *sozialethischen* Argumentation: Hier nach leisten der Verstorbene und die toten-sorgeberechtigten Hinterbliebenen mit der Zustimmung zur Obduktion einen wertvollen gesellschaftlichen Beitrag. In sozial-ethischer Sicht ist die Sektion als letzter uneigennütziger Dienst des Verstorbenen für die Lebenden anzusehen. Wer seinen Körper posthum zur Verfügung stellt, beweist dieser Argumentation zufolge die Gemeinnützigkeit seines Handelns.

Diesem Standpunkt steht eine *individual-ethisch* orientierte Haltung vieler Sektions-skeptiker gegenüber, die das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen höher gewichtet als den potentiellen Nutzen einer Gemeinschaft. Sie basiert insbesondere auf dem verfassungsmäßig garantierten, über den Tod hinauswirkenden Recht des Einzelnen (postmortales Persönlichkeitsrecht) und dem Recht der Hinterbliebenen.

Obwohl beide Positionen diametral entgegengesetzt sind, machen sie jeweils ethische Argumente geltend. Somit zeigt sich, dass die Kontroverse in der Sektionsfrage von Wertepluralität gekennzeichnet ist. Zugleich werden einige zentrale Fragen aufgeworfen, denen – über die konkrete Falldiskussion hinaus – im Rahmen des hier vorgeschlagenen Referates ebenfalls nachzugehen ist:

Ist es zulässig oder sogar geboten, dass Vertreter der organisierten (wissenschaftlichen) Medizin in einer offensichtlich von Wertepluralismus geprägten Frage einer bestimmten Position dezidiert das Wort reden? Kann die organisierte Medizin einen Beitrag zur Wertediskussion leisten, oder sollte sie sich auf die neutrale Weitergabe medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse beschränken? Inwieweit sind bei derartigen Stellungnahmen mögliche professionsspezifische Eigeninteressen oder Interessenkonflikte der Autoren kenntlich zu machen? Welche Rolle ist dem Fach *Medizinethik* und seinen Vertretern bei der Abfassung, Verbreitung bzw.

Kommentierung derartiger Stellungnahmen zuzuschreiben – eine moderierende, legitimierende oder korrigierende Rolle?

S2.3 Patientenverfügungen – zwischen Autonomie und pluralen Werthaltungen

Susanne Brauer

*Institut für Biomedizinische Ethik,
Universität Zürich*

Patientenverfügungen werden im Allgemeinen als ein Instrument zur Sicherung der Autonomie von (potentiellen) Patienten und Patientinnen verstanden. In medizinischen oder die Pflege betreffenden Entscheidungsfragen soll auch dann dem Willen der Patientin entsprechend gehandelt werden, wenn diese ihren Willen nicht mehr selbst aktiv äußern kann. In solchen Situationen soll die Patientenverfügung eine kommunikative Brücke zwischen Patientin, Medizinalpersonal und Angehörige (im weiten Sinn) schlagen. Doch was heißt es für Dritte, den Willen der Patientin zu berücksichtigen – und damit ihre Autonomie zu gewährleisten? Eine Patientenverfügung in einer konkreten Situation umzusetzen verlangt immer eine Auslegung derselben, denn es ist davon auszugehen, dass eine Patientenverfügung (auch als Konkretverfügung) stets interpretatorische Spielräume offen lässt. Schnell wird sich hier die enge Vorstellung von einer „buchstäblichen“ Exekution des Patientenwillens erweitern: Um *im Sinne der Patientin* zu entscheiden, muss sie als ganzer Mensch wahrgenommen werden, das heißt, ihre Werthaltungen, ihr Lebensstil und ihre moralischen oder religiösen Bezugspunkte müssen beachtet werden. Für die Aufsetzung einer Patientenverfügung bedeutet dies, dass sie gerade solche Werthorizonte zu Wort kommen lassen sollte. Damit nimmt bei der Umsetzung von Patientenverfügungen in Medizin und Pflege eine Pluralität von Lebensstilen und Wertsystemen Einzug, und zwar im Namen der Autonomie.

In dem Vortrag werden die oben beschriebenen Beobachtungen Ausgangspunkt philosophisch-ethischer Überlegungen sein. In

² Ebenda.

konzeptueller Hinsicht wird zunächst versucht, das Verhältnis zwischen den Begriffen von „Autonomie“ und „Werthaltung“ näher zu bestimmen, die, wie die Patientenverfügung zeigt, offensichtlich miteinander zusammenhängen. In einem zweiten Schritt wird dann erörtert, was es heißt, bei Patientenverfügungen *im Sinne der Patientin* Entscheidungen zu treffen – und warum dies mit Blick auf die im ersten Schritt entworfene Autonomiekonzeption wünschenswert ist. Abschließend wird dann die Frage aufgeworfen, ob es ethisch vertretbare *Grenzen der Berücksichtigung pluraler Wertsysteme* in der Umsetzung von Patientenverfügungen gibt. Oder, anders ausgedrückt: Muss die Autonomie der Patientin und die des Medizinalpersonals und der Angehörigen in ein Gleichgewicht gebracht werden, und wenn ja, wie sähe ein solches im Falle der Patientenverfügung aus?

S2.4 Adressaten von Patientenverfügungen: Eine Literaturanalyse der gegenwärtigen Situation in der Bundesrepublik Deutschland

*Katharina Lex
Witten*

In der Bundesrepublik wird derzeit engagiert über Patientenverfügungen und die damit verbundene Problematik diskutiert (vgl. u.a. Tolmein, 2006; Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen, 2005; Nationaler Ethikrat, 2006). Wenn man sich intensiver mit der Thematik auseinandersetzt, erhält man schnell den Eindruck, dass mit der Unterzeichnung einer solchen Verfügung „alles geregelt“ sei. Was aber geschieht mit diesem Versprechen, wenn die Adressaten der Verfügung (Pflegefachpersonen, Mediziner, andere Mitglieder therapeutischer Teams, Betreuer, Bevollmächtigte, Familienmitglieder oder Freunde) die Wünsche der Patienten nicht umsetzen wollen oder können (vgl. Rehbock, 2005, 385)?

Fragestellung: Kommen die „möglichen Adressaten“ einer Patientenverfügung als Adressaten in den analysierten Publikationen vor? Wie wird die Rolle der Adressa-

ten bei der Umsetzung der Verfügungen beschrieben? Welche konkreten Maßnahmen der Sterbebegleitung werden beschrieben?

Methodik: Nachdem in den gängigen Pflegewissenschaftlichen Datenbanken (Cinahl®, Medline® und Gerolit® - über die Suchmaske DIMDI -) nach Publikationen zur Situation in der Bundesrepublik gesucht wurde, erfolgte eine Internetrecherche über www.drze.de/BELIT. Insgesamt sind 16 Artikel näher analysiert worden. Die aufgenommenen Artikel können den folgenden Gruppen zugeordnet werden: Politische Stellungnahmen und Kommissionsberichte (sieben Artikel), Einzelmeinungen (fünf Artikel) und Stellungnahmen aus der Pflege (vier Artikel).

Ergebnisse: Unter den 16 Artikeln war kein einziger der sich intensiv mit der (problematischen) Rolle des Adressaten auseinandergesetzt hat. Die Beziehung zwischen „Verfügendem“ und „Adressaten der Verfügung“ wird derzeit in der Bundesrepublik wenig beachtet. Über die Patientenverfügung hinausgehende Möglichkeiten einer menschlichen „Begleitung am Lebensende“ sind bis jetzt in der Bundesrepublik kaum empirisch erforscht worden. Die Rolle der Adressaten ist bis jetzt ein vernachlässigter Bereich in der Diskussion um Patientenverfügungen.

S3.1 Medizinethik in der Leere?

Petra Gelhaus

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Ethik ist derzeit weit davon entfernt, ein allgemein akzeptiertes Fundament zu besitzen, auf das sich Begründungen und Argumentationen stützen können. Nicht nur stehen sich in unserer Gesellschaft eine Vielzahl von Religionen und Weltanschauungen gegenüber, auch in der Philosophie gibt es zahlreiche konkurrierende Ansätze. Diese Situation mag für Philosophen und auch Philosophiestudenten inspirierend und herausfordernd sein; in der lösungs- und praxisorientierten Medizinethik, die sich mit dem naturwissenschaft-

lich fundierten Medizinsystem konfrontiert sieht, sind dieser Grundlagenpluralismus und der sich damit aufdrängende Relativismus ein Problem.

Insbesondere in der Lehre ist den Medizinstudenten, die wenig im Argumentieren, aber viel im Sammeln von Faktenwissen geschult sind, schwer zu vermitteln, warum die offenbar so wackelige Ethik ebenso wichtig wie gesicherte naturwissenschaftliche Fakten sein soll. Natürlich kann man die scheinbare Sicherheit des Faktenwissens ebenfalls relativieren - dies ist eine wichtige Aufgabe der Wissenschafts- und Medizintheorie - aber dies wird kaum zu einem gesteigerten Vertrauen in den Medizinethiklehrer führen. Verschiedene Lösungs- oder Vermittlungsversuche wie die Prinzipien- oder die Diskursethik leiden daran, selbst wieder umstrittene philosophische Ansätze zu sein. Soll man die Studenten also mit den auf jeder Begründungsebene schwierig zu lösenden Konflikten allein lassen? Oder soll man ihnen paternalistisch die selbst erarbeitete Position mehr oder weniger dogmatisch ‚beibringen‘?

Ich meine, das voran stehende Bild sei zu düster gezeichnet. Man befindet sich in der Medizinethiklehre besonders vor Medizinstudenten in einem Raum, der einem erheblich mehr Halt und Fundament bietet, als sonst in der Ethik üblich. Erstens bewegt man sich *innerhalb* des etablierten Gesundheitssystems, dessen ethische Legitimation intern nicht in Frage gestellt ist. Zweitens kann man sich auf das überlieferte ärztliche Ethos beziehen, das zwar in Teilen interpretationsbedürftig sein mag (vgl. die Kontroverse der deutschen und niederländischen Ärzteschaft bzgl. der Sterbehilfe), aber als solches nicht umstritten ist. Drittens ist das humanistische Fundament unserer Gesellschaft, das die Toleranz gegenüber dem Pluralismus erst ermöglicht, weniger umstritten, als allgemein angenommen wird, auch wenn es von schwierigen Einzelfällen und neuen Technologien herausgefordert werden mag. Es ist für Lehrende wie für Studenten hilfreich und außerordentlich wichtig, neben der

Sensibilisierung für ethische Dimensionen von Problemen und neben dem Argumentationstraining diese geteilten und nicht zur Disposition stehenden moralischen Grundlagen offen zu legen und zu betonen, auch wenn sie wegen der fehlenden Kontroversität nicht so sehr ins Auge fallen. Dann muss man sich trotz Pluralismus und Globalisierung nicht mit der prozeduralen Lehre in der inhaltlichen Leere (bzw. Beliebigkeit) zufrieden geben.

S3.2 Das Proprium der Pflegeethik im medizinethischen Normendiskurs

Settimio Monteverde

*Fachbereich Ethik, Bethesda-Spital
Basel*

Pflegeethik etabliert sich auch im deutschsprachigen Raum zunehmend als eigenständige Disziplin, die sich der Reflexion über die moralische Dimension pflegerischer Theorie und Praxis widmet. Die in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts erstmals in den USA initiierte Akademisierung der Pflege ist eng gebunden am Prozess pflegerischer Theoriebildung. Ausgegangen ist eine solche Systematisierung vom Bedürfnis, Pflege vom „Stigma der Unsichtbarkeit“ zu befreien.

a) Im Rahmen der *Theoriebildung* wächst Pflegeethik die Aufgabe zu, über die moralischen Implikationen von Konzeptualisierungen pflegerischen Handelns nachzudenken: Welches sind z.B. die normativen Konsequenzen von bedürfnis-theoretisch hergeleiteten *activities of daily life* (ATL), die Modell von Virginia Henderson pflegerische Interventionen begründen? Welche Beziehungsmodelle liegen humanistischen (z.B. Vertragstheorien) oder religiös geprägten Theorien (z.B. Bündnistheorien) zu Grunde? Wie wirken sie sich aus im Blick auf das Rollenverständnis aller Beteiligten? Welche Auswirkungen haben sie für die Wahrnehmung moralischer Konflikte auf der Mikro-, Meso- und Makroebene pflegerischer Arbeit?

b) In der *Praxis* bestand ein grosser Schritt der Sichtbarmachung von Pflege in der Etablierung des Pflegeprozesses. Dieser verfolgt das Ziel, einen ganzheitlichen Zu-

gang zu Problemen des Pflegealltags zu gewinnen. Verena Tschudin überträgt den Prozessgedanken auf die Struktur der ethischen Entscheidungsfindung. Die Nötigung dazu entsteht aufgrund des Entscheidungsdrucks, den pflegerische Arbeit charakterisiert. Pflegenden verteilen kontinuierlich medizinische, technische und soziale Güter, unter zunehmender organisationaler Komplexität und knapper werdenden Ressourcen. Das methodische Vertrautsein mit dem Instrument des Pflegeprozesses war der ideale Ausgangspunkt, mit dem sich auch *moralische* Probleme angehen liessen.

Durch das Postulat einer ganzheitlichen Betrachtung heben zahlreiche Pflege-theorien die Beziehungsdimension zur normativ relevanten Grösse. Sie statuieren die *Lebenswelt* der Betroffenen als Interpretationshorizont der biomedizinisch aufgeschlüsselten *Behandlungswelt*. Dasselbe kritische Potential galt aber nicht nur gegenüber dem Menschenbild der Biomedizin, sondern auch gegenüber einer als einseitig empfundenen Problemlösungsorientierung der „klassischen“ biomedizinischen *Ethik*, die –so die Kritik– durch den Rekurs auf abstrakte Prinzipien nicht in der Lage war, die Beziehungsdimension adäquat zu erfassen. Während erstere die Entscheidungsqualität hervorhob, fokussiert letztere die Prozessqualität, mit der Entscheidungen zustande kommen.

Thesen: Die durch das Hastings Center in New York initiierte Reflexion über die Zielkonflikte der Medizin hat in der Vermittlung von „lebensweltlicher“ und „behandlungsweltlicher“ Orientierung das Dilemma zwischen „curing medicine“ und „caring medicine“ neu aufgeworfen. Ein lebensweltlich und ganzheitlich orientiertes *caring* wird damit deutlich auch als Identifikationsmerkmal der Medizin statuiert, deren moralische Grundlagen von der Beziehungsdimension nicht absehen können. Somit stellt sich für die Pflegeethik die Frage ihres Propriums und das Verhältnis zur biomedizinischen Ethik neu:

(1) Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch die berufliche Krankenpflege

Teil eines *grösseren* Versorgungskontextes ist, in dem kranke Menschen Zuwendung erfahren, muss es auch der Pflegeethik gelingen, *integrativ* im Rahmen des biomedizinischen Diskurses zu wirken.

(2) Dieser ist aber derart zu gestalten, dass er *lebensweltliche und behandlungsweltliche* Aspekte zu integrieren vermag und die *Pluralität der Perspektiven* normativ einfordert. Am Beispiel der Transplantationsmedizin und der Pflege von Organspender/-innen und –empfänger/-innen wird ein solches Perspektivendilemma besonders deutlich.

(3) Das Proprium der Pflegeethik besteht darin, auf die normative Bedeutung der Beziehungsdimension hinzuweisen, in der Behandlungsentscheide getroffen werden. Sie fragt systematisch nach der normativen Angemessenheit der Beziehungen, in der die moralischen Akteurinnen und Akteure zueinander stehen.

(4) Die Versorgung kranker Menschen geschieht heutzutage in einem pluralen Kontext von Professionen, die einen Reichtum an normativen Traditionen aufweisen. Dieser multiprofessionelle, interdisziplinäre Diskurs konvergiert in der *gemeinsamen Sorge* um den potentiell oder aktuell erkrankten Menschen. Der Beitrag der Pflege besteht hier darin, sich in den ethischen Diskurs der Biomedizin so einzubringen, dass neben der Entscheidungsqualität auch die Prozessqualität der getroffenen Entscheide normativ eingefordert wird.

S3.3 Konsensfähiger Pluralismus – Umgang mit Pluralität in Klinischen Ethikkomitees

Julia Inthorn

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Fragestellung: Gesellschaftliche Pluralität stellt auch für den Ethik-Diskurs innerhalb von Krankenhäusern ein unhintergebares Faktum dar. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus bringen unterschiedliche Werthaltungen und zugleich verschiedene berufsethische Vorstellungen mit in den Krankenhausalltag ein. Zudem

wollen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichstem kulturellem, religiösen und moralischen Hintergrund ihre Werthaltung berücksichtigt wissen. Die Gremien, in denen ethische Konflikte im Krankenhaus zur Sprache gebracht werden, sind die sich seit einigen Jahren etablierenden Klinischen Ethikkomitees. Der Beitrag geht der Frage nach, wie Klinische Ethikkomitees mit dem Faktum des Pluralismus umgehen, wie die Pluralität von Werthaltungen die Arbeit und den Diskurs der Klinischen Ethikkomitees beeinflusst und das damit zusammenhängende Ethikverständnis der Klinischen Ethikkomitees selbst prägt.

Methode: Es werden Ergebnisse eines empirischen Forschungsprojekts vorgestellt, das die Entscheidungsstrukturen und Diskurse innerhalb Klinischer Ethikkomitees analysiert und reflektiert.³ Aufbauend auf Teilnehmenden Beobachtungen wurden zum einen die Interaktionsmuster und Diskussionen innerhalb von vier Klinischen Ethikkomitees hinsichtlich ihrer Struktur und zu Grunde liegenden Werten untersucht. Zum anderen wurden mit den Mitgliedern dieser Klinischen Ethikkomitees Experten- und Biographische Interviews geführt, die Aufschluss über die Werthaltungen der Mitglieder gaben.

Ergebnisse: Klinische Ethikkomitees als Gremien ethischer Beratung und Entscheidung spiegeln auf eine spezifische Art und Weise den gesellschaftlichen Pluralismus, in den sie gestellt sind, wider. Durch die interdisziplinäre Besetzung sind in ihnen unterschiedliche Perspektiven und berufsethische Vorstellungen repräsentiert. Diese werden in den Fallbesprechungen im Sinne einer multiperspektivischen Rekonstruktion der Fälle wiedergegeben. Die Ethik-Diskurse Klinischer Ethikkomitees stehen daher in einem Spannungsverhältnis zwischen unbedingter Anerkennung der Pluralität von Werten wie auch der normativen

Implikationen verschiedener Analyseperspektiven auf die Fälle auf der einen Seite bei gleichzeitiger Ausrichtung der Verfahren hin auf Konsens auf der anderen Seite. Die Struktur ethischer Entscheidungen innerhalb der Komitees trägt beiden Seiten Rechnung. Dies geschieht durch eine klare Einzelfallorientierung auf der Verfahrensebene und die Anerkennung von Pluralismus auf der Wertebene. Pluralismus wird in Klinischen Ethikkomitees nicht nur als ein von außen durch gesellschaftliche Bedingungen gegebenes Faktum gedeutet, sondern als eigenständiger Wert behandelt. In den beobachteten Fallbesprechungen wird die Beachtung individueller Werthaltungen besonders zentrale Bedeutung zugemessen, woraus zunächst die Bedeutung der Patientenautonomie für alle Entscheidungen resultiert. Gleichzeitig ist der Umgang mit Pluralismus auf einer konzeptionellen Ebene geprägt durch die Annahme, dass Werte in der Person verankert und nicht diskutierbar sind („Vorwegnahme des Pluralismus“). Pluralismus wird konzeptualisiert als eine Vielstimmigkeit von Einzelhaltungen, die keine Gleichsetzung von Werten zwischen Personen zulässt, weder entlang großer Gruppen noch innerhalb von Gruppen (z.B. sind keine Pauschalannahmen hinsichtlich der Werte auf Grund der Religionszugehörigkeit möglich). Werte werden damit zu etwas quasi-intimen.

Klinische Ethikkomitees tragen in der skizzierten Weise der gesellschaftlichen Pluralität Rechnung, indem das Wahrnehmen und wechselseitige Anerkennen unterschiedlicher Perspektiven und Werte zum zentralen Merkmal klinischer Ethik wird.

S4.1 Anwendungsreichweiten bioethischer Urteilsbildung. Ein Stufenmodell

Lars Klinnert

Institut für Kirche und Gesellschaft der Evang. Kirche von Westfalen

Weil medizinische Konfliktsituationen in plurale Entscheidungskontexte eingebettet sind, können sie in der Regel sowohl als Frage des gelingenden Lebens als auch als

³ Das Projekt wurde aus den Mitteln der DFG finanziert und hatte den Titel „Klinische Ethikkomitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen“

Frage des gerechten Handelns behandelt werden. Der Übergang zwischen personal- und sozialetischen Argumentationen erfolgt allerdings häufig unreflektiert. Mithilfe eines Stufenmodells, das aus der Beobachtung aktueller Debatten und in der Auseinandersetzung mit John Rawls entwickelt worden ist, sollen solche unterschiedlichen Geltungsbereiche bioethischer Urteilsbildung besser identifizierbar und differenzierbar werden.

Die soziale Reichweite bioethischer Urteile bewegt sich zwischen der Gestaltung personaler und interpersonaler Lebenspraxis einerseits und der Gestaltung transpersonaler Rahmenbedingungen menschlichen Zusammenlebens andererseits. Die rechtliche und politische Sicherung für alle Menschen geltender Mindeststandards wechselseitiger Anerkennung bildet dabei die notwendige Basis eines an den persönlichen Grundüberzeugungen orientierten guten Lebens, wie umgekehrt jedes Vernünftigkeit beanspruchende Ethos immer auch implizite Vorstellungen über das allgemein Verpflichtende enthält.

Wo jemand individuelle Entscheidungen für das eigene Leben trifft, ist er allein an seine persönlichen Überzeugungen gebunden. Mit zunehmender Betroffenheit anderer Menschen wird es jedoch notwendig, die Begrenztheit der eigenen Perspektive anzuerkennen. Die eigenen Vorstellungen gelingenden Lebens müssen über ihren ursprünglichen Geltungshorizont hinaus transformiert, in ihrer gelebten Lebensdienlichkeit kommuniziert und auf potenzielle Elemente universaler Plausibilität hin untersucht, aber zugleich auch in ihrer Applikabilität korrigiert und begrenzt werden. In dem Maße, wie die Verständigung mit anderen über wechselseitige Verpflichtungen und gemeinsame Ziele notwendig wird, sinkt die Relevanz individuelle oder soziale Identität ausdrückender Normen.

- Eine erste Stufe steht für die Entscheidungsfindung einer Person für sich selbst. Hier geht es darum, die individuellen Vorstellungen von einem gelingenden Leben umzusetzen.

- Mit der zweiten Stufe rückt die Gestal-

lung von Nahbeziehungen in den Blick. Besonders innerhalb der Familie sind Entscheidungen mit anderen Menschen abzustimmen, deren Wertpräferenzen man jedoch häufig teilt oder doch zumindest sehr gut kennt.

- Auf einer dritten Stufe ist an Szenarien bioethischer Beratung zu denken, bei denen die Beleuchtung der Situation aus einer bestimmten partikularen Perspektive zur differenzierten Entscheidungsfindung beitragen soll, z. B. in den Ethikkomitees konfessioneller Krankenhäuser.

- Eine vierte Stufe ist erreicht, wenn zwischen Menschen, die sich als derselben weltanschaulichen Gemeinschaft zugehörig begreifen, gleichwohl moralische Differenzen bewältigt werden müssen – eine aus innerkirchlichen Diskursen über bioethische Fragestellungen wohlbekannte Situation.

- Die fünfte Stufe bezeichnet die sittliche Bewusstseinsbildung der Gesellschaft, um die im Streit der Deutungen gerungen wird. Weltanschauliche und religiöse Perspektiven konkurrieren darum, ihren jeweiligen Mehrwert an Lebensdienlichkeit zu erweitern.

- Auf der sechsten bis achten Stufe geht es schließlich darum, politische und rechtliche Rahmenbedingungen zu etablieren, durch die eine geregelte und stabile Koexistenz unterschiedlicher Traditionen und Kulturen möglich wird. Dabei ist zunächst z. B. an berufsständische Regelungen zu denken, vor allem aber an rechtliche Regelungen auf nationaler und internationaler Ebene.

Bei der Konstruktion und Beurteilung bioethischer Handlungsnormen gilt es stets von vornherein zu klären, ob die eigene normative Programmatik im jeweiligen Kontext eher als partikulares Modell gelingenden Lebens oder eher als Beitrag zur transpartikularen Sicherung des Menschenwürdigen zu verstehen ist. So sollten z. B. kirchliche Stellungnahmen deutlich erkennen lassen, ob sie als Hilfestellung für individuelle Entscheidungen von Christinnen und Christen gemeint sind oder als positionaler Vorschlag zur politischen Ges-

taltung allgemeinverbindlicher Regelungen.

S4.2 Die Borg und die Bioethik: Pluralität assimilieren. Widerstand zwecklos?

Jürgen Wallner

Rechtswissenschaftliche Fakultät,
Universität Wien

Der folgende Beitrag zeigt die partielle, aber fundamentale Auflösung von Pluralität in der Bioethik durch einen Assimilierungsprozess auf. Dabei bedient sich der Autor der fiktiven, gleichwohl aussagekräftigen Parabel der Borg aus dem *Star-Trek*-Universum.

Zunächst gilt es, die Borg-Philosophie vorzustellen.⁴ Die Borg werden in den *Star-Trek*-Serien als Spezies vorgestellt, die als Kollektiv auftreten und geeignet erscheinende fremde Spezies, darunter die Menschen, in ihr Kollektiv assimilieren. Die dahinterstehende Strategie wird mit folgenden Kennzeichen beschrieben: Technisierung, Effizienzsteigerung, Kontrolle, Planbarkeit, Perfektionierung. Die assimilierten Spezies werden aus Sicht der Borg in einen höherwertigen Daseinsstatus gebracht, wohingegen die Menschen, als zu Assimilierende, die Gefahr der Aufgabe von Individualität und Pluralität erkennen und gegen die Borg ankämpfen.

Wie so oft im *Star-Trek*-Universum, zielt die Fiktion auf eine Kritik der Realität ab. Dieser gesellschaftskritische Impetus wird in einem zweiten Schritt in Hinblick auf die Bioethik analysiert. Dabei erscheinen zwei Diskussionsfelder in der Spannung von menschlicher Pluralität und Borg-Kollektiv als besonders interessant:

Erstens gilt es, nach der grundlegenden Beziehung zwischen Bioethik und Anthropologie zu fragen. Problematisierungen des Menschenbilds in bioethischen Diskussionen werden nicht selten tabuisiert und mit einem Anathema belegt.⁵ Demgegenüber

schwingt die Pluralität von anthropologischen Konzeptionen in jeder bioethischen Diskussion mit. Der Borg-Mechanismus ist hierbei darin zu sehen, ein Standard-Menschenbild zu formen, welches – so der Anspruch – metaphysikfrei und rational sei, um die anstehenden bioethischen Probleme in den Griff zu bekommen und zu lösen. Gegen diese Assimilierung unterschiedlicher anthropologischer Konzeptionen gilt es, die Vielfalt an religiösen, weltanschaulichen, natur- und sozialwissenschaftlichen Menschenbildern als gegenseitige Bereicherung und Voraussetzung für die Bewältigung komplexer Probleme zu bewahren.

Zweitens zeigt sich der Borg-Mechanismus in der sogenannten „commodification of health care“, also der Assimilierung von Gesundheitsfürsorge in fremde Lebensbereiche, insbesondere solche, die marktwirtschaftlich geprägt sind.⁶ Die erhofften Effizienzsteigerungen und die vielfach zugrundeliegenden Ingenieursmodelle der Ethik, die an den Beispielen der Verwertbarkeit von Körperteilen und der Profitorientierung von Health Care Management diskutiert wird, werden als Ausdruck des Borg-Mechanismus in der Bioethik rekonstruiert.

Der einschüchternde Spruch der Borg, „Widerstand ist zwecklos“, der die zu assimilierenden Spezies zur Aufgabe bringen soll, hat die Menschen im *Star-Trek*-Universum nicht in die Knie gezwungen. Das für die Ethik interessante Detail dabei ist, dass nicht technische oder rationale Überlegenheit die Menschen über die Borg gewinnen ließ, sondern das Eingeständnis der eigenen Fehlbar- und Gebrechlichkeit. In Hinblick auf die Bioethik und die hier thematisierten Teilfelder wird daher abschließend nach ethischen Ansätzen gesucht, die dabei helfen können, eine menschengerechte Pluralität in der Medizin und Biotechnologie am Leben zu erhalten. Dabei werden der Anspruch einer in-

⁴ Barad J and Robertson E (2001). *The Ethics of Star Trek*. New York, NY, Perennial/HaperCollins

⁵ Pellegrino ED (2006). Toward a Richer Bioethics: A Conclusion. In: Taylor CR and Dell'Oro R, Eds.

Health and Human Flourishing. Washington, DC, Georgetown University Press: 247-69

⁶ Scheper-Hughes N (2005). The Ultimate Commodity. *Lancet* 366(9494): 1349-50

dividuellen Menschenwürde⁷, die Sorge um den Anderen (Care)⁸ und die Inspiration des menschlichen Tuns in der Health Care als mögliche Widerstandsstrategien gegen den Borg-Mechanismus angedacht.

S4.3 Moralische Kompromisse in biomedizinischen Kooperationsbeziehungen

Minou Friele

Philosophisches Institut, Universität Düsseldorf

Forschung findet heute selten im wissenschaftlichen Alleingang statt. In der Regel werden wissenschaftliche Fortschritte durch Kooperation mehrerer Wissenschaftler, oft auch unterschiedlicher Institute und zunehmend häufig auch von länder- und kulturübergreifenden Netzwerken und Forschungsverbänden, erzielt. Neben verschiedenen praktischen Vorteilen bringen Kooperationen dabei auch schwierige ethische Fragen mit sich. Dies gilt nicht zuletzt auch für die biomedizinische Forschung. Miteinander kooperierende Wissenschaftler sehen sich hier oftmals mit Praktiken ihrer Kollegen konfrontiert, die deutlich von ihren eigenen moralischen Vorstellungen abweichen. Nicht immer resultieren diese Abweichungen aus unmoralischem Verhalten. Oftmals sind sie vielmehr v.a. auf voneinander abweichende moralische Überzeugungen zurückzuführen. Typische Beispiele für abweichende moralische Überzeugungen finden sich gegenwärtig etwa im Bereich der Gewinnung embryonaler Stammzellen oder bei der Durchführung von Arzneimitteltests in Entwicklungsländern. Ein Wissenschaftler, der embryonale Stammzellen zu gewinnen bereit ist, wird die Tötung von Embryonen im Zweifelsfall für moralisch weniger bedenklich erachten, als sein Kollege aus der Transplantationsmedizin, der gleichwohl ein Interesse an so erzeugtem transplantablen Gewebe und Organen haben kann. Eine für das westliche Verständnis elemen-

tare medizinethische Norm wie die Gewährleistung der Patientenautonomie wird von einem afrikanischen Kollegen eventuell nicht in derselben Weise anerkannt, wie durch seinen europäischen Kollegen, der gleichwohl ein Interesse an der Durchführung möglichst umfangreicher klinischer Studien z.B. für eine neue Aidstherapie hat.

In solchen und vergleichbaren Fällen wird es oftmals unmöglich sein, einen moralischen Konsens zu erzielen.

Kann es aber überhaupt ethisch akzeptabel sein, über moralische und kulturelle Grenzen hinweg miteinander zu kooperieren – und dabei u.a. auch Nutzen aus den abweichenden Moralvorstellungen der Kooperationspartner zu ziehen? Oder zwingen diskursiv unlösbare moralische Divergenzen zu einem Kooperationsverzicht? Angesichts des Universalitätsanspruchs moralischer Normen muss es schließlich als fraglich gelten, ob Kompromisse hier nicht zwangsläufig ‚faul‘ sind, da sie mit der Ernsthaftigkeit und identitätsstiftenden Bedeutung moralischer Wertungen generell unvereinbar sind.

Uneingeschränkte Universalitätsansprüche bergen allerdings auch das Risiko eines ungerechtfertigten Dogmatismus und der Intoleranz gegenüber moralisch Andersdenkenden. Sollten daher doch zumindest einige moralische Normen zur ‚Verhandlung‘ gestellt werden? Kann also zwischen kompromissfähigen und unverhandelbaren moralischen Normen unterschieden werden, so dass unter bestimmten Bedingungen auch mit moralisch Andersdenkenden kooperiert werden kann? Wenn ja, welche? Und schließt dies gegebenenfalls auch die Möglichkeit von Trade-offs zwischen verschiedenen Wert- und Normbereichen ein? Kann man den Vertretern anderer Kulturen z.B. zugestehen, dass sie in Sachen Autonomiesicherung nachlässiger agieren, solange diese in Belangen der Solidarität und Hilfsbereitschaft vorbildlich sind?

Diesen Fragen soll der Vortrag nachgehen. Dabei wird insbesondere das Spannungsverhältnis zu berücksichtigen sein, welches sich daraus ergibt, dass bioethische Debat-

⁷ Winter S and Fuchs C (2000). Von Menschenbild und Menschenwürde. *Dtsch Arztebl* 97(6): A-301-5

⁸ *Medicine and the Ethics of Care*. Washington, DC, Georgetown University Press

ten zumeist auf der Grundlage einer universalistischen Ausgangsprämisse geführt werden, ‚Pluralismus‘ jedoch zugleich ein entscheidender Identifikationsbegriff moderner Gesellschaften ist und die darüber hinaus durch nahezu unauflösbare Interaktionsbeziehungen gekennzeichnet sind.

Unter Rückgriff auf die Universalismus-Pluralismus-Debatte soll dabei gezeigt werden, dass allgemeine Toleranzforderungen im Zweifelsfalle auch auf die Bereitschaft zur Kompromissbildung mit moralisch Andersdenkenden übertragen werden können und dass es möglich ist, einen dritten Weg zwischen einem vollständigen Kooperationsverzicht und einer uneingeschränkten Akzeptanz aller unterschiedlichen Moralen zu gehen.

S4.4 Dein Wille geschehe? Die Pluralität evaluativer Vorstellungen eines gelingenden Lebens und die Fürsorgepflichten des Arztes.

Matthis Synofzik, Georg Marckmann

*Abteilung für Neurodegeneration,
Hertie Institut für Klinische Hirnforschung*

Angesichts der Pluralität von Werthaltungen und Lebensentwürfen in modernen Gesellschaften erscheint es nur konsequent, wenn sich medizinische Entscheidungen vor allem an den individuellen Präferenzen der Patienten orientieren. Dem Respekt der Selbstbestimmung kommt folglich eine herausragende Bedeutung zu. Dies entbindet Ärzte aber nicht von ihren Fürsorgepflichten: Sie müssen das Wohlergehen des Patienten fördern (Prinzip des Wohltuns) und ihm nach Möglichkeit keinen Schaden zufügen (Prinzip des Nichtschadens). Wohlergehen und Schaden sind – wie auch die Begriffe Krankheit, Nutzen und Lebensqualität – aber *evaluative* Begriffe, die sich nur im Hinblick auf substanzielle Konzeptionen eines guten Lebens konkretisieren lassen.

Wie aber kann ein Arzt angesichts der Pluralität evaluativer Vorstellungen eines gelingenden Lebens in der heutigen Gesellschaft noch seinen Fürsorgepflichtun-

gen nachkommen? Zwei mögliche Antworten, die paternalistische Bevormundung des Patienten und die radikale, patientenorientierte Subjektivierung medizinischer Entscheidungen, scheinen beide ethisch nicht angemessen, da sie entweder die Selbstbestimmung des Patienten nicht berücksichtigen oder die ärztlichen Fürsorgepflichten vernachlässigen.

Die vorliegende Arbeit möchte deshalb untersuchen, wie eine evaluative Entscheidungsfindung in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich ist, die (i) den Gefahren eines Paternalismus einerseits und denen eines reinen Subjektivismus andererseits entgeht, (ii) dem Arzt eine begründete evaluative Positionierung gegenüber dem Patienten ermöglicht und dennoch (iii) die – letztlich unhintergehbare – Pluralität der Vorstellungen eines gelingenden Lebens respektiert.

In einem ersten Schritt werden drei idealtypische Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung vorgestellt und im Hinblick auf die Fragestellung analysiert: das Autonomie-Modell, das Deliberations-Modell und das Paternalismus-Modell. Das paternalistische Modell erweist sich als inadäquat, insofern es der Pluralität in den Vorstellungen eines gelingenden Lebens nicht gerecht wird. Auch das Autonomie-Modell vermag nicht zu überzeugen, da es den Patienten mit schwierigen Entscheidungen der Lebensführung in existenziellen Situationen alleine lässt. Das Deliberations-Modell (E. Emanuel) ermöglicht es dagegen, einem Paternalismus einerseits und einem Subjektivismus andererseits zu entgehen. Ihm zufolge ist eine eigenständige evaluative Positionierung des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung zur Bewertung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme nicht nur *notwendig*, sondern auch ethisch *wünschenswert*. Allerdings gibt der Arzt diese Positionierung dem Patienten nicht einfach vor, sondern bringt sie in die gemeinsamen Deliberationen über Behandlungsziele und -möglichkeiten ein und kann so gegebenenfalls auch korrigierend auf die Wunschvorstellungen des Patienten einwirken.

In einem zweiten Schritt wird aufgezeigt, wie diese Positionierung in einer ethisch begründeten Weise *möglich* ist. Hierzu wird das Deliberations-Modell durch das Konzept der „praktischen Kohärenz“ (J. Nida-Rümelin) ergänzt und zu einem evaluativen Begründungsmodell in der Arzt-Patienten-Beziehung weiter entwickelt. Entscheidend ist hierbei die Frage, woher sich die evaluativen Vorstellungen eines gelingenden Lebens für diese Positionierung angesichts des Pluralismus speisen sollen: (i) aus rein subjektiven evaluativen Präferenzen des Arztes; (ii) aus denjenigen evaluativen Präferenzen, die der Arzt aufgrund seiner professionellen Erfahrung im Umgang mit Patienten in einer vergleichbaren Situation für erstrebenswert erachtet; oder (iii) aus universalen Charakteristika eines guten menschlichen Lebens (vgl. den neoaristotelischen Essentialismus von M. Nussbaum). Hier soll gezeigt werden, dass die zweite Option am ehesten eine angemessene evaluativ-ethische Begründung der ärztlichen Fürsorgebemühungen zu bieten vermag.

In einem dritten Schritt soll die praktische Anwendbarkeit dieses „deliberativ-kohärentistischen Modells“ im medizinischen Alltag überprüft werden. Dazu werden exemplarisch zwei Problembereiche untersucht, deren ethische Problematik sich wesentlich auf die Pluralität in unseren Konzepten eines gelingenden Lebens zurückführen lässt: die Frage nach der Anwendung von Psychopharmaka bei solchen Zuständen, denen wir keinen klaren Krankheitswert zuschreiben (z.B. Müdigkeit oder Stimmungsschwankungen), und die Frage nach dem Umgang mit Behandlungswünschen bei onkologischen Patienten, bei denen nur noch Behandlungsoptionen mit äußerst geringer Nutzenwahrscheinlichkeit zur Verfügung stehen.

S5.1 Die Mannigfaltigkeit der Körpernatur. Ideengeschichtliche Herleitung der gegenwärtigen Phase des epistemischen Umbruchs

Anke Haarmann

Institut für Kulturtheorie, Universität Lüneburg

Frage: Herrscht eine theoretische und methodische Vielfalt in der Medizin oder haben wir es mit einer zunehmenden Hegemonie des genetischen Natur- und Krankheitsbegriffs zu tun und warum entsteht gleichwohl der Eindruck der Unübersichtlichkeit?

These/Ergebnis: Wir befinden uns mit der westlichen Medizin und Biologie in einer Phase des epistemischen Umbruchs, der sich durch die Neuformation der wissenschaftlichen Disziplinen anzeigt: gegenüber der klassischen Medizin und Biologie, etablieren sich die neuen *live sciences*. Ein Blick in die Ideengeschichte bestätigt die These vom epistemischen Umbruch, insofern deutlich gemacht werden kann, dass Transformationen von wissenschaftlichen Grundannahmen und Forschungsmethoden auch in vorangegangenen Epochen stattgefunden haben. (Vgl. Foucault: *Geburt der Klinik*, bzw. *Die Ordnung der Dinge*; Kuhn: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, 1973; Fox-Keller: *Das Jahrhundert des Gens*, 2001 u.a.). Die Ontologie der Körper und die Epistemologie des Wissens haben sich geändert. Bemerkenswert sind nicht alleine die unterschiedlichen Vorstellungen von der Natur des Menschen, die auf eine Mannigfaltigkeit der Phänomene verweisen (Bruno Latour, 2001, spricht von „Multinaturalismus“). Aufsehen erregend sind vor allem die Phasen des wissenschaftlichen Umbruchs selber. Sie können „barock“ genannt werden, weil in ihnen eine „üppige“ Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Konzepte herrscht, nach denen synkretistisch geforscht, gedacht und gehandelt wird. (Die historische Epoche des Barock war eine Phase des Übergangs von der Naturphilosophie zur Naturwissenschaft und von der begrifflich-spekulativen Erkenntnismethode zur empirischen).

risch-mathematischen Wissensgenese.) Die barocke Unübersichtlichkeit erzeugt wissenschaftliche Schimären, an denen der epistemische Übergang ablesbar wird und sie öffnet „Poren“ im festen Wissens-Gefüge für marginalisierte Konzepte. Das *Human Visible Project* der *National Library of Medicine* ist beispielsweise eine solche Schimäre, die mit informationstechnologischem Einsatz die Simulation eines anatomisch gedachten Körpers erzeugt, der angesichts der neuen, genetischen Wahrheit der Körpernatur, wie eine bizarre, unzeitgemäß-zeitgemäße Skulptur wirkt (vgl. Haarmann 1999, 2001). Chinesische Akupunkturtechnik, homöopathische Diagnosemethoden, die neue Aufmerksamkeit auf Diätetik, Fitness und Lebensstil verweisen auf ehemals marginalisierte Konzepte, die durch die Offenporigkeit des epistemischen Umbruchs in den medizinischen Alltagsbetrieb eindringen (vgl. Haarmann 2002, 2007).

Die Pluralität der Konzepte kann philosophisch aufgegriffen und als Zeichen für die Möglichkeit koexistierender Konzepte von Wissen, Wahrheit und Natur verstanden werden. Die beobachtete Pluralität in der Medizin ist so gesehen ein barockes Zeichen des Übergangs und kann in wissenschaftlicher Hinsicht unterstützt werden. Dass aber würde bedeuten, die neueste, genetische Natur des Körper nicht zur hegemonialen Wahrheit der menschlichen *physis* werden zu lassen. Die wissenschaftliche Forschung wäre ebenso wie die medizinische Praxis gefordert, an der Pluralität der Konzepte gerade um der Unübersichtlichkeit willen zu arbeiten. Was diese Perspektive für die medizinische Praxis heißt, möchte ich, vor dem Hintergrund meiner ideengeschichtlichen Analysen und philosophischen Interpretationen, mit Fachleuten aus medizinischer Forschung und Praxis gemeinsam diskutieren, wobei beachtet werden kann, in welchem Maße die medizinische Behandlung des Körpers dessen „wahre Natur“ mit erzeugt.

Methode: Ich arbeite mit der, von dem französischen Philosophen Michel Foucault, etablierten Methode der *historischen*

Genealogie, die ich in meiner Arbeit mit dem Ziel zu einer *produktiven Genealogie* erweitere, nicht nur die Herkunft eines Wissenstyps im Wechsel der Epochen zu rekonstruieren, sondern auch neue Wissenstypen kompilieren zu können. Diese produktive Wende der genealogischen Methode ist von der Idee einer „paralogischen Wissenschaft“ inspiriert, die der Philosoph Jean-François Lyotard vorgeschlagen hat, um gegen die Monokultur des Wissens eine auf Pluralität hin ausgerichtete – von ihm als „gerecht“ bezeichnete – Erkenntnisstrategie setzen zu können.

S5.2 Zwischen Biowissenschaften und Konstruktivismus: Zur Frage des Körperbewusstseins in der Medizin

Uta Müller

Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen

Die Pluralität der Medizin ist nicht nur bedingt durch unterschiedliche methodische Ansätze der medizinischen Forschung und Praxis, sondern auch durch verschiedene theoretische Vorstellungen vom Menschen. Die verschiedenen Menschenbilder sind in vielen Fällen zurückzuführen auf unterschiedliche Überzeugungen hinsichtlich der Frage, welche Rolle und welchen Status der menschliche Körper hat. In meinem Vortrag möchte ich zeigen, inwiefern unterschiedliche Einstellungen zur Körperlichkeit des Menschen verschiedene Einstellungen zu Therapien zur Folge haben können; Ausgangspunkt meiner Überlegungen werden zwei völlig gegensätzliche theoretische Zugangsweisen zum Menschen und seiner Körperlichkeit sein.

Das Spektrum der unterschiedlichen Zugänge zur Körperlichkeit beim Menschen reicht – auf der einen Seite – von einem rein naturwissenschaftlichen Verständnis des Menschen bis – auf der anderen Seite – zu einem radikal konstruktivistischen Verständnis des Menschen und seines Körpers. In der realen Praxis der Medizin mögen die beiden radikalen Zugänge zum menschlichen Körper vielleicht keine große Rolle spielen, der Einfluss auf das Körperver-

ständnis vieler Menschen ist freilich unübersehbar.

Durch die unbestreitbaren Erfolge insbesondere bei der Diagnose von Krankheiten hat der naturwissenschaftlichen Zugang zum menschlichen Körper große Bedeutung erlangt; den großen Fortschritten bei der Erkenntnis von Krankheitsursachen stehen jedoch große Desiderate auf der Seite der Therapien von Krankheiten gegenüber. Der Sicht des Menschen als ein komplexer Zusammenhang von Organen und anderen Körperteilen liegt nun ein Dualismus zugrunde, denn der Körper als komplexes Instrument muss „gehandhabt“ oder „bedient“ werden. Die naturwissenschaftliche orientierte Medizin tendiert danach, dieses Desiderat auszublenden oder zu verstecken, viele PatientInnen äußern deshalb das Unbehagen, dass sie nicht als „ganze Menschen“ betrachtet werden, sondern mehr als „Besitzer“ von (womöglich „defekten“) Körpern. In der Alltagspraxis werden PatientInnen aber in der Regel anders behandelt: Es wird mit ihnen gesprochen, sie werden hinsichtlich ihrer Befindlichkeiten befragt und es werden ihre Meinungen, Gefühle und Wünsche in Bezug auf anstehende Therapieentscheidungen berücksichtigt – sie werden also gerade nicht nur als Besitzer eines Körpers betrachtet.

Es gibt allerdings Bereiche der Medizin, in denen der naturwissenschaftliche Blick auf den menschlichen Körper die medizinische Praxis zu beherrschen scheint, man denke etwa an Gendiagnostik, Pränataldiagnostik, Transplantationsmedizin und Schönheitschirurgie. In diesen Feldern sind unstrittig auch Erfolge zu konstatieren, allerdings zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass „Erfolg“ ein Begriff ist, der unterschiedlichen Bewertungen unterliegt. Dass es eine rein medizinische Bewertung gibt, die Entscheidungen von PatientInnen und ÄrztInnen umfassend abstützt, ist auch in der medizinischen Praxis nicht unumstritten.

Wenn also Begriffe wie „Gesundheit“, „Heilen“, „Wohlbefinden“ etc. nicht medizinisch-naturwissenschaftlich festzulegen, sondern normative Begriffe sind, die ihre

Bedeutung aus ihrem sozialen, historischen und kulturellen Zusammenhang erhalten, könnte der Bezug auf einen materiellen oder natürlichen Körper womöglich ganz aufgegeben werden. Das ist die Position des (radikalen) Konstruktivismus, demzufolge wir im Rahmen unserer sozialen und kulturellen Einbettung relativ frei sind, unsere Identität zu gestalten, rein durch die Macht der diskursiven Interpretation. Da nach dieser Auffassung durch die Gesellschaft und das Individuum *alles* konstruiert ist, gibt es nichts Unverfügbares mehr, auch die Körperlichkeit oder Natürlichkeit kann in einen (Selbst-) Entwurf integriert werden. In dem Ziel, die Unverfügbarkeit des Körpers zu reduzieren, treffen sich die naturwissenschaftlich orientierte Medizin und der Konstruktivismus, mit konträren Mitteln und Methoden.

Es soll in meinem Vortrag gezeigt werden, dass der Umgang mit Körperlichkeit in beiden Ansätzen unbefriedigend ist. Damit wird einerseits behauptet, dass Körperlichkeit kein rein natürliches Phänomen ist, wie die naturwissenschaftlich orientierte Medizin annimmt, andererseits wird konzediert, dass Körperlichkeit eine unverfügbare Seite hat, die sich unserem Bemühen um Veränderung durch Interpretation und bewusstes Handeln widersetzt. Schließlich wird zu zeigen sein, welche Einstellungen die Medizin in diesem Zusammenhang einnehmen kann, um den Menschen als leibliches und autonomes Wesen betrachten zu können.

S5.3 Die „Natur des Menschen“. Ihre notorische Vieldeutigkeit und ihre Bedeutung für die biomedizinische Ethik

Jens Clausen, Oliver Müller

Nachwuchsgruppe „Zur Relevanz der Natur des Menschen in der Bioethik“, Interdisziplinäres Ethik Zentrum Freiburg

Die Vieldeutigkeit des Naturbegriffs findet sich schon in der aristotelischen Unterscheidung zwischen dem von selbst Seienden, materiell Natürlichen und dem »Wesen« dieses natürlichen Seins. Die »Natur

des Menschen« bezeichnet nach dieser Differenzierung sowohl sein Wesen, die für ihn charakteristischen Eigenschaften wie Sprach-, Vernunft- und Moralfähigkeit als auch deren natürliche Grundlage, seine naturale, körperliche Verfasstheit.

In der biomedizinischen Ethik ist die »Natur des Menschen« von herausragender Bedeutung, denn durch die modernen biomedizinischen Techniken kann immer weitreichender und nachhaltiger in die natürliche Grundlage des Menschseins eingegriffen werden. Daran schließen sich zentrale Fragen nach der Legitimität dieser Eingriffe an. Verändert der Mensch durch die immer weiter reichende Selbstverfügung über seine biologische Natur auch sein Wesen? Sind anthropotechnische Eingriffe mit dem Wesen des Menschen vereinbar? In welcher Hinsicht ist es für das menschliche Selbstverständnis erforderlich, das Biologisch-Natürliche zu bewahren? Gibt es einen biologisch-anthropologisch bestimmbaren Bereich, der unverfügbar bleiben soll, in den nicht eingegriffen werden darf?

Die Vorstellungen davon, was der Mensch ist, was er sein kann und was er sein soll, haben über die Doppeldeutigkeit (Wesen / Natürlichkeit) hinaus eine weitere Pluralisierung erfahren. Das Verständnis des Menschen als Teil eines größeren Ganzen kommt im christlichen Schöpfungsgedanken zum Ausdruck, und ist an starke metaphysische Voraussetzungen geknüpft. Es liegt aber auch dem in der Bioethik häufig zu beobachtenden Man-playing-God-Argument zugrunde. Auch wenn dieses als Argument meist nicht überzeugen kann, verweist die damit oft verbundene intuitive Ablehnung auf die Notwendigkeit, die bioethische Diskussion in einen größeren Rahmen zu stellen. Klassische Vorstellungen vom Menschen als Person sowohl in ihrem Verständnis als eines selbst bestimmten Wesens als auch in der Variante eines an Präferenzen orientierten Wesens stoßen in den ethischen Fragen der modernen Biotechnologie zunehmend an ihre Grenzen. Daher ist eine Erweiterung durch anthropologische Überlegungen sinnvoll.

Das Plessnersche Gesetz von der „Natürlichen Künstlichkeit“ bestimmt den Menschen als kulturelles Wesen, der sich durch seine Kulturtätigkeit erst zu dem macht, der er ist. Eine verkürzte Lesart kann allerdings dazu verleiten, den Menschen im biotechnologischen Sinne als beliebig Gestaltbaren anzusehen.

Die notorische Vieldeutigkeit der Natur des Menschen hat dazu geführt, sie als bloße Leerformel anzusehen, mit der sich Beliebiges begründen und verwerfen lasse. Dieser Beitrag wird der Frage nachgehen, welche Orientierung die Natur des Menschen in aktuellen Fragen der biomedizinischen Ethik geben kann. Dabei wird in zwei Richtungen zu argumentieren sein. Einerseits ist ein allzu leichtfertiger normativer Bezug auf die Natur des Menschen zur Befürwortung oder Ablehnung bestimmter biomedizinischer Verfahren zurückzuweisen. Andererseits wird zu zeigen sein, dass auch ein rigoroses Ablehnen von Natürlichkeitsargumenten ihrer Bedeutung nicht gerecht werden kann. Dazu werden anhand konkreter biomedizinischer Anwendungsfelder wie der Prothetik, des Enhancements und der Eingriffe ins menschliche Gehirn unterschiedliche Orientierungsfunktionen der »Natur des Menschen« identifiziert: Es wird ihre Relevanz als eine Art „DIN-Norm“, als lebensweltlicher Klugheitswert und als Orientierung für anthropologische Hierarchisierungen aufgezeigt.

S5.4 Die Grenze zur Wunschmedizin

Friedrich Heubel

Marburg

Technisch gesehen, hat ärztliches Handeln zur „nur“ ingenieurmäßigen Gestaltung des menschlichen Körpers eine offene Grenze. Für das professionelle ärztliche Selbstverständnis, insbesondere wenn es als „ärztliches Ethos“, also moralisch verstanden wird, ist der Grenzverlauf aber wichtig. Denn zum ärztlichen Handeln im strengen oder eigentlichen Sinne empfinden die Professionellen eine Art Verpflichtung, während „Wunschmedizin“, also etwa ästhetische Chirurgie oder in vitro-

Fertilisation eher als freigestellt empfunden werden. Die Grenze spielt auch eine Rolle für die Inklusion von Leistungen in den Thesaurus des von der Versicherten-gemeinschaft solidarisch zu Erbringenden. Der Vortrag nutzt die Kantsche Systematik von Verpflichtungstypen, um diese Grenze zu bestimmen. Kant unterscheidet bekanntlich "vollkommene" oder unnachlassliche von "unvollkommenen" oder frei zu gestaltenden Pflichten. So sind die "Liebespflichten" unvollkommene und die "Achtungspflichten" vollkommene Pflichten gegen andere Menschen. Es gibt aber auch Pflichten, die man nicht gegen andere, sondern gegen sich selbst hat. So ist es eine unvollkommene Pflicht gegen sich selbst, für seine eigene Gesundheit zu sorgen. Wenn man nun, wie üblich, den ärztlichen Beruf zu den sogenannten "helfenden Berufen" zählt, und das spezifisch Ärztliche ermitteln will, so muss man die Frage beantworten, wobei genau ärztliches Handeln charakteristischerweise hilft. Der Vortrag argumentiert für die These, dass das ethische ärztliche Alleinstellungsmerkmal eine Hilfe ist, die dem Kranken ermöglicht, eine Pflicht gegen sich selbst wahrzunehmen. Wunschmedizin kann dagegen zwar Helfen sein, dient aber nicht einer Pflicht gegen sich selbst und/oder überhaupt keiner Pflicht, beziehungsweise ist moralisch freigestellt.

S6.1 Medizinische Nutzenbewertung, EbM und die Pluralität ihrer Werturteile. Eine neue Herausforderung für die Medizinethik.

Daniel Strech

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

Hintergrund: Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der medizinischen Nutzenbewertung im Rahmen systematischer Übersichtsarbeiten wie Cochrane Reviews oder auch im Kontext von einzelnen klinischen Studien haben entscheidende Implikationen für verschiedene deskriptive und normative Fragen in der Medizin. Die Beförderung von Nicht-Schaden und Wohltun, die Ermöglichung eines informed-consents

oder die gerechte Verteilung von knappen Ressourcen im Gesundheitssystem bedürfen valider und relevanter Informationen zu Nutzen- und Schadenspotentialen medizinischer Interventionen. Die Diskussion der Bedingungen für eine rationale und verantwortungsvolle Nutzenbewertung bezeichnet deshalb eine wichtige Schnittstelle von Ethik und Evidenz-basierter Medizin. Der Ethik obliegt u.a. die Identifizierung und kritische Analyse der zahlreichen, meist impliziten Werturteile im Prozess der medizinischen Nutzenbewertung. Soziale und wissenschaftliche Werturteile mit Relevanz für die Ethik finden sich in Verbindung mit Fragen wie: „Was sind die kontextspezifischen Patienten-relevanten Endpunkte?“, „Was sind die kontextspezifischen *adäquaten* und zugleich *machbaren* Studien-Designs und Messmethoden?“ oder „Welche praxisbedingte Abweichung von den wünschenswerten und machbaren Messmethoden beurteilen wir als *noch akzeptabel* für eine verantwortungsvolle Nutzenbewertung?“ Die Werturteile in der Beantwortung dieser und anderer relevanter Fragen differieren z.T. stark zwischen Experten für das entsprechende Fachgebiet. Obwohl diese pluralen Werturteile bedeutenden Einfluss auf die Interpretation von und den Umgang mit Studienergebnisse haben, werden sie weder in der Evidenz-basierten Medizin noch in der Ethik ausreichend explizit und zusammenführend diskutiert.

Methodik: In diesem Vortrag wird ein systematischer Ansatz zur Identifizierung der impliziten Normativität in der Evidenz-basierten Medizin vorgestellt. Vier aufeinander aufbauende Typen von Werturteilen werden bestimmt, welche, meist implizit, in jede medizinische Nutzenbewertung eingehen. Diese Werturteile und ihre Pluralität werden beispielhaft an den „Expertenurteilen“ zum Mammographie-Screening zur Brustkrebsfrüherkennung und zu den Antidementiva für die Behandlung von Alzheimer Patienten dargestellt und diskutiert.

Ergebnisse: Die im Vortrag vorgestellten Werturteile stellen einen relevanten aber

bislang zu wenig explizit diskutierten Aspekt der impliziten Normativität in der Evidenz-basierten Medizin dar. Dies spricht nicht etwa für eine Ablehnung der an Systematik und Transparenz orientierten Leitideen von Evidenz-basierter Medizin sondern zeigt uns vielmehr die Notwendigkeit von Konzepten zur Identifizierung und angemessenen Diskussion dieser Werturteile. Der gegenwärtige Status quo von Transparenz in der medizinischen Nutzenbewertung bedarf der Erweiterung um die explizite Kommunikation der im Vortrag vorgestellten vier Typen von Werturteilen. Erst eine entsprechend erweiterte Transparenz ermöglicht den Patienten, Ärzten und anderen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen eine Einschätzung der häufig pluralen Werturteile und somit eine autonomere Interpretation der Ergebnisse von klinischen Studien bzw. Übersichtsarbeiten.

S6.2 „Goldstandard“ oder Methodenpluralität in der klinischen Forschung am Menschen: methodische und ethische Fragen

Monika Bobbert

Bereich Medizinethik, Institut für Geschichte der Medizin, Universität Heidelberg

Die evidenzbasierte Medizin strebt den so genannten „Goldstandard“, d.h. randomisierte, kontrollierte (möglichst doppelblinde) Studiendesigns an. Bei Studien mit Arzneimitteln oder Medizinprodukten ist diese Forderung relativ einfach zu erfüllen. Bei der Forschung am Menschen hingegen kann der streng naturwissenschaftliche Anspruch der evidenzbasierten Medizin auch zu ethischen Problemen führen: etwa dann, wenn Plazebogruppen eingeführt werden, wenn sich bei Doppelverblindung die medizinische Intervention und ihre potentiellen Auswirkungen nicht direkt zuordnen lassen oder dann, wenn das Studiendesign eine standardisierte Behandlung verlangt, ein Proband jedoch eher von einem speziell auf ihn zugeschnittenen Vorgehen profitieren könnte. Wann sprechen ethische Aspekte gegen ein Vorgehen nach

dem „Goldstandard“?

In manchen Bereichen kann ein plazebo-kontrolliertes Studiendesign problematisch werden, etwa in der Chirurgie. In der Intensivmedizin macht die schlechte Vorhersehbarkeit eines Krankheitsverlaufs und die Lebensbedrohtheit vieler Intensivpatienten die Durchführung eines experimentellen Studiendesigns schwierig. Denn unter Umständen kann unter Studienbedingungen keine angemessene und optimale Versorgung des Patienten geschehen. Der Kliniker muss also gegebenenfalls sein Forschungsprotokoll hintanstellen. Wenig kontrollierte, randomisierte Studien gibt es bislang zur Behandlung schwerkranker Menschen am Lebensende, wohl aber existieren hier qualitative Studien. Die fremdnützige klinische Forschung mit Kindern ist aus ethischer Sicht problematisch. Deswegen wird teilweise auf retrospektive oder auf Beobachtungsstudien ausgewichen.

Es scheint so, als ob insbesondere ethische Probleme dazu führen würden, dass in der klinischen Forschung am Menschen statt des „Goldstandards“ notgedrungen andere Forschungsmethoden eingeführt werden und dadurch zumindest eine gewisse Methodenvielfalt herrscht. Doch in den Naturwissenschaften, aber auch in den empirischen Sozialwissenschaften hat sich ein vielfältiges Instrumentarium an Forschungsmethoden herausgebildet. Aus wissenschaftsmethodischer Sicht ist zu fragen, ob die Standardisierung der Methoden nicht auch eine gewisse erkenntnistheoretische Einengung mit sich bringt und damit auch bestimmte, beispielsweise auf den „ganzen Menschen“ oder auf seine psychosoziale Dimension gerichtete, Beobachtungen und Hypothesengenerierungen möglicherweise unterbleiben. Somit kann die methodische Standardisierung der Forschung am Menschen unter Umständen indirekt auch wissenschaftsethische Anfragen ergeben, wenn die mangelnde Methodenvielfalt bestimmte Erkenntnisformen ausschließt.

Der Vortrag will an Hand von Beispielen aus den medizinischen Fachbereichen auf-

zeigen, welche ethischen Konsequenzen und Anfragen der in der klinischen Forschung favorisierte, an den empirischen Naturwissenschaften ausgerichtete „Goldstandard“ mit sich bringt. Es wird die Frage gestellt, inwieweit diese Standardisierung nicht einer gewissen Öffnung hin zu mehr methodischer Pluralität bedarf.

S6.3 Pluralität medizinischer Behandlungsverfahren: Eine qualitative Untersuchung zu Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei Rheumatoider Arthritis

Jan Schildmann, Mathias Grünke, Jochen R. Kalden, Jochen Vollmann

Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Bochum

Ein Charakteristikum vieler Situationen der Therapieentscheidungsfindung in der klinischen Praxis ist die Pluralität der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Insbesondere im Zusammenhang mit der Therapie chronischer Erkrankungen stehen häufig mehrere Behandlungsoptionen zur Verfügung. Dieser Sachverhalt bietet die Möglichkeit einer individuell auf die Erkrankungssituation und den Lebensstil des Patienten abgestimmten Behandlung. Gleichzeitig werden in diesem Fall erhöhte Anforderungen an beide Parteien hinsichtlich Aufklärung und Gestaltung der Therapieentscheidungsfindung gestellt. Der Arzt, der den Patienten über die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten informieren möchte, muss sich über die verschiedenen Behandlungsoptionen informieren und in der Lage sein diese zu kommunizieren. Der Patient, der eine selbstbestimmte Entscheidung treffen möchte, muss sich über die unterschiedlichen Therapieoptionen informieren und die Informationen vor dem Hintergrund seines individuellen Lebensstils und seiner Präferenzen abwägen. Der Prozess der Therapieentscheidungsfindung unter Berücksichtigung der Pluralität medizinisch gleichwertiger Behandlungsoptionen wurde bislang nur in wenigen empirischen Studien untersucht. Ethisch relevante Fragestellungen

im Kontext der Therapieentscheidungsfindung, wie die Zuordnung der Kontrolle über die Entscheidung oder die Rolle der Werthaltungen von Arzt beziehungsweise Patient im Entscheidungsfindungsprozess spielten in diesen empirischen Untersuchungen eine untergeordnete Rolle.

In einer von den Autoren durchgeführten qualitativen Interviewstudie wurden 24 Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Rheumatoiden Arthritis (RA) zu ihren Wahrnehmungen und Präferenzen im Hinblick auf die Entscheidung über die Behandlung der Erkrankung befragt. Für die Behandlung der RA stehen in diesem Stadium der Erkrankung mehrere Therapieoptionen mit einem jeweils spezifischen Profil an erwünschten und unerwünschten Wirkungen zur Verfügung. Ein Ziel der Untersuchung war die Rekonstruktion des Entscheidungsfindungsprozesses aus der Patientenperspektive. Die Exploration der Präferenzen der Patienten hinsichtlich Aufklärung und Partizipation im Kontext der Therapieentscheidungsfindung waren weitere Ziele der Studie. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und in Anlehnung an die Grounded Theory qualitativ ausgewertet. Die Patienten berichteten übereinstimmend, dass ihnen jeweils eine Therapieoption von den behandelnden Ärzten vorgestellt und empfohlen wurde. Behandlungsalternativen wurden lediglich im Fall der Ablehnung der empfohlenen Therapieoption durch den Patienten benannt. Die Patienten beschrieben die Entscheidungsfindung als Prozess, im Verlauf dessen ihre Partizipation in Abhängigkeit von aktueller Symptomatik und eigenen Kenntnissen über die Therapieoptionen variierte. Alle befragten Patienten wünschten eine ärztliche Behandlungsempfehlung und befürworteten die Übernahme von (Mit-)verantwortung für die Behandlungsentscheidung durch den Arzt. Die theoretischen Fachkenntnisse des Arztes sowie seine klinische Erfahrung wurden als Gründe genannt.

Im Rahmen einer deskriptiven Analyse werden zunächst ausgewählte Modelle der

Entscheidungsfindung aus der medizinethischen Literatur (Modelle der deliberativen, informierten, interpretativen und paternalistischen Entscheidungsfindung [Emanuel und Emanuel 1992]) mit dem anhand der Forschungsinterviews rekonstruierten Modell der Entscheidungsfindung verglichen. In einem zweiten Schritt erfolgt die normative Analyse der von den Patienten beschriebenen Vorgehensweise bei Aufklärung und Entscheidungsfindung. Im Mittelpunkt stehen dabei ethisch relevante Aspekte der ärztlichen Aufklärung im Kontext von Therapieentscheidungssituationen, in denen mehr als eine medizinisch vertretbare Behandlungsoption zur Verfügung stehen. Ausgehend von der vorgestellten Untersuchung soll abschließend der mögliche Beitrag empirischer Studien für die Diskussion über ethisch begründete Vorgehensweisen bei der Therapieentscheidungsfindung – im Sinne eine empirisch informierten klinischen Medizinethik – reflektiert werden.

Literatur

Emanuel E, Emanuel L: Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 16, 2221-2226 (1992).

S6.4 Unschärferelationen zwischen Naturalismus und Normativismus. Ethische Beobachtungen zur semantischen Unbestimmtheit und pragmatischen Komplementarität verschiedener Krankheitskonzepte mit Blick auf die Adipositas

Jens Ried

Fachbereich Evangelische Theologie, Universität Marburg

Die medizinphilosophische Debatte zwischen den Vertretern verschiedener Konzepte von Krankheit bewegt sich, grob gesehen, im Spannungsfeld von Naturalismus und Normativismus. Dabei wird in der Regel auf der Ebene der Semantik nach den Komponenten des Krankheitsbegriffes innerhalb des jeweiligen Referenzrahmens – Naturwissenschaft, kulturell vermittelte Werthaltungen, soziale oder politische

Konstruktion o.ä. – gefragt. Insbesondere in jüngerer Zeit werden zwar die verschiedenen Ansätze als zu unterscheidende, aber zusammengehörige Aspekte des Krankheitsbegriffes zusammengeführt,⁹ daneben laufen allerdings die Kontroversen der Vertreter gegensätzlicher Theoriemodelle unvermindert weiter.¹⁰

Jeder konzeptionelle Standpunkt hat seine spezifischen blinden Flecke, auf die die jeweils andere Position beharrlich hinweist. Wesentlich dabei sind die Phänomene, die entgegen der gängigen Praxis oder der Intuition dem Bereich des Pathologischen zugeordnet oder davon ausgeschlossen werden. Aktuell besonders umstritten ist der Krankheitscharakter der Adipositas.¹¹ Sowohl die voranschreitende biomedizinische Forschung¹² als auch die vertieften Einsichten in die soziale Konstruktion und gesellschaftliche Devaluierung extremen Übergewichtes¹³ liefern sowohl naturalistische als auch normativistische Argumente für bzw. gegen ein Verständnis der Adipositas als „Krankheit“. Adipositas ist daher sowohl theoretisch interessantes

⁹ Herauszuheben ist an dieser Stelle besonders die Arbeit von Christian Lenk: *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*, Münster 2002.

¹⁰ Vgl. dazu nur den Band von James M. Humber und Robert F. Almeder: *What is Disease?*, Totowa 1997 sowie die Beiträge von George Khushf, Lenart Nordefelt und Thomas Schramme in *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2007), 3-32.

¹¹ Siehe dazu v.a. Johannes Hebebrand, Peter Dabrock, Michael Lingenfelder, Elmar Mand, Winfried Rief und Wolfgang Voit: *Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004), A2468-A2474; Annemarie Jutel: *The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality*, in: *Social Science and Medicine* 63 (2006), 2268-2276 sowie J. Eric Oliver: *The Politics of Pathology. How Obesity became an Epidemic Disease*, in: *Perspectives in Biology and Medicine* 49 (2006), 611-627.

¹² Zur Übersicht über den Stand der Wissenschaft vgl. Johannes Hebebrand: *Psychosoziale und genetische Ursachen der Adipositas*, in: Anja Hilbert A und Winfried Rief: *Adipositasprävention. Interdisziplinäre Perspektiven*, Bern 2006, 35-46.

¹³ Vgl. z.B. Susie Orbach: *Commentary: There is a public health crisis – its not fat on the body but fat in the mind and the fat of profits*, in: *International Journal of Epidemiology* 35 (2006), 67-69.

als auch praktisch relevantes Phänomen, an dem sich einerseits die Vorzüge der hauptsächlich diskutierten Krankheitskonzepte und andererseits die jeweiligen Unschärfen aufzeigen lassen.

Ergänzend zur Debatte auf der Ebene der Semantik soll ein bisher kaum in Anschlag gebrachter, aber viel versprechende wissenschaftlicher Ansatzpunkt aufgezeigt werden, mit dessen Hilfe die Unschärfen teilweise aufgeklärt und den berechtigten Anliegen der jeweiligen medizinphilosophischen Konzeptionen Rechnung getragen werden können. Die Klassifizierung von etwas als „Krankheit“ ist sowohl auf der Mikroebene (Arzt-Patienten-Beziehung) als auch auf der Makroebene (Gesundheitswesen) ein kommunikativer Prozess. Vor dem Hintergrund der bislang theoretisch eher unterschätzten Differenzierung von *disease* und *illness*¹⁴ und mit *speech act theory* John L. Austins und John R. Searles¹⁵ als Rahmen für eine pragmatische Analyse des Redens von „Krankheit“ können die definitorischen Kontroversen zum Krankheitsbegriff unterlaufen werden. In der Bezeichnung eines Phänomens als „Krankheit“ treffen notwendigerweise repräsentative (informierende), verdiktive (wertende) und deklarative (wirklichkeitssetzende) Aspekte zusammen. Naturalismus und Normativismus sind folglich komplementär, d.h. sie sind jeweils für sich *cum grano salis* semantisch hinreichende begriffliche Bestimmungen von „Krankheit“, können aber trotzdem pragmatisch nur gemeinsam ein kohärentes Gesamtbild abgeben.

Für die Ethik lassen sich aus diesen Überlegungen folgende Schlüsse ziehen:

1. Die weitestgehend unbestrittene, wenn auch selten explizit thematisierte Relevanz

der Medizinphilosophie für die Ethik¹⁶ wird auf der Ebene der Pragmatik fassbarer, da die Funktionalität des Krankheitsbegriffes im Kontext der traditionell medizinethisch bedachten Arzt-Patienten-Beziehung deutlicher aufgezeigt werden kann.

1. Das Verständnis von Krankheitszuschreibungen als sozial hochsignifikante Prozesse, die Erwartungen und Verantwortlichkeiten generieren, kann durch den pragmatischen Zugang vertieft und ein weiteres Instrumentarium für die ethische Analyse systemischer Prozesse entwickelt werden.

2. Der Dauerkonflikt zwischen naturalistischen und normativistischen Ansätzen sowie die Pluralität der Wahrnehmung und sozialen Konstruktion von Krankheit („Reden über Krankheit“) wird auf eine andere Ebene transformiert („Reden von Krankheit“). Dabei werden die semantischen Unschärfen nicht in einer pragmatischen Synthese aufgehoben, sondern vielmehr Rückkopplungen in Gang gesetzt, die den Diskurs zur Semantik des Krankheitsbegriffes entzerren können.

3. Am Beispiel der Adipositas kann ein differenziertes, naturalistische und normativistische Aspekte integrierendes Krankheitskonzept skizziert werden.

¹⁴ Vgl. dazu bereits Christopher Boorse: On the Distinction between Disease and Illness, in: *Philosophy and Public Affairs* 5 (1975), 49-68.

¹⁵ Vgl. Austin JL 2002: *Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with Words)*, Stuttgart (englisches Original: 1955); John R. Searle JR: *Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay*, Frankfurt am Main 2003 (englisches Original: 1969); *Geist, Sprache und Gesellschaft*, Frankfurt am Main, 2004 (englisches Original: 1998).

¹⁶ Vgl. George Khushf: Why Bioethics Needs the Philosophy of Medicine: Some Implications of Reflection on Concepts of Health and Disease, in: *Theoretical Medicine* 18 (1997), 145-163 und Dirk Lanzerath: *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg im Breisgau / München 2000.

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen
Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften,
Eberhard Karls Universität Tübingen

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing
Dr. Susanne Michl
Dr. Thomas Potthast

Tagungsort:

Neuphilologikum (Brecht-Bau), Wilhelmstr. 50, 72074 Tübingen

Tagungsorganisation:

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Eberhard Karls Universität Tübingen
Schleichstr. 8, D-72074 Tübingen
Tel.: +49 (0) 07071 / 29 -78016, Fax: +49 (0) 07071 / 29 -5190
E-Mail: urban.wiesing@uni-tuebingen.de

Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen
Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -3996
E-Mail: info@aem-online.de