

# 0 Hinführung

## 0.1 Medizinethik – Themen, die alle angehen

Im Jahr 2020 breitete sich das hochansteckende neuartige Coronavirus von Wuhan in China innerhalb weniger Wochen auf der ganzen Welt aus. Die meisten Staaten griffen zu Notfallmaßnahmen und verhängten Ausgangssperren, schlossen Schulen und Universitäten sowie alle nicht überlebensnotwendigen Einrichtungen. Alle Maßnahmen dienten dem Ziel zu verhindern, dass zu viele Menschen zeitgleich erkrankten und damit das Gesundheitssystem überfordert würde. Dennoch gab es in vielen Staaten zu wenig Intensivbetten und Atemgeräte, sodass Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen waren: Wer sollte das knappe Gut zur Verfügung gestellt bekommen? Wem soll also der Vorzug, der Vorrang gegeben werden, d. h. wer soll priorisiert werden (von lateinisch: prior = frühere, vordere), wenn nicht alle bedürftigen Betroffenen gleichzeitig oder überhaupt behandelt werden können? In Deutschland haben beispielsweise Ärzteverbände und der Deutsche Ethikrat Vorschläge entwickelt, wie in dieser Situation zu handeln wäre. Bis Oktober 2020 war es zum Glück nicht nötig, in Deutschland derartig harte Priorisierungsentscheidungen zu treffen, wie es im Frühjahr 2020 in Spanien und Italien der Fall war. Während der Zeit, in der einige Länder stärker betroffen waren als andere, wurde aber auch immer wieder die Frage aufgeworfen, wie weit die ethische Verpflichtung besteht, dass Staaten sich, wenn es um Menschenleben geht, auch untereinander helfen, oder ob die moralische Verpflichtung zur medizinischen Hilfeleistung wirklich an nationalen Grenzen endet. Deutschland stellte beispielsweise sogar eigene Intensivbetten für französische Erkrankte zur Verfügung. Allerdings gab es auch Negativbeispiele. Staaten, selbst einzelne Bundesstaaten in den USA, konkurrierten miteinander um knappe medizinische Güter wie Atemschutzmasken. Doch die Auswirkungen dieser Pandemie gingen noch weit darüber hinaus. Millionen von Existenzen wurden weltweit bedroht und sogar vernichtet. Selbst rie-

sige staatliche Hilfsprogramme konnten nicht vermeiden, dass der wirtschaftliche und für viele damit auch der persönliche Schaden enorm war. Auch hatten die Pharmafirmen und Unternehmen, die Medizintechnik bereitstellen, um nur zwei Beispiele zu nennen, ihre Produktion in den letzten Jahren zunehmend ins außereuropäische Ausland verlagert. Der Shutdown ganzer Wirtschaftszweige, beispielsweise Anfang 2020 in China, um die Pandemie einzudämmen, lässt erkennen, welche Risiken diese Form globalisierten Wirtschaftens mit sich bringt. Allerdings hätte auch eine vollständige Umkehrung dieser Entwicklung verheerende wirtschaftliche Folgen für die davon betroffenen Länder. Die Pandemie zeigt zudem, wie sehr gerade die Ärmsten der Armen betroffen sind. Staaten wie Indien mit einer großen Anzahl prekärer Arbeitsverhältnisse haben gerade diesen Menschen durch strenge Ausgangssperren den Lebensunterhalt genommen. Ihnen droht eine Hungerkatastrophe. In afrikanischen Staaten verhindern einzelne Quarantänebestimmungen wichtige Vorsichtsmaßnahmen gegen andere Krankheiten wie die Malaria. Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, inwieweit eine globale Verantwortung besteht und wie diese wahrgenommen werden könnte.

Durch eine solche Pandemie bündeln sich wie in einem Brennglas Konflikte, die einer ethischen Reflexion bedürfen. Auf der globalen Ebene stellt sich die grundsätzliche Gerechtigkeitsfrage: Die Pandemie betrifft alle Staaten, doch nur wenige von ihnen sind für einen solchen Fall gerüstet. Wie sehr ist eine weltweite gesundheitliche Grundversorgung anzustreben und wie wäre diese durchzusetzen? Auf der Ebene der einzelnen Staaten stellt sich die zentrale Frage, wie viele Mittel für ein funktionierendes Gesundheitswesen unter Knappheitsbedingungen zur Verfügung stehen sollen. Jahrelang wurden in vielen Staaten die Kapazitäten für Intensivbetten verringert. Die Konsequenzen dieser Entscheidung sind heute spürbar. Andererseits birgt auch die Alternative das Risiko, mittelfristig ein so teures Gesundheitswesen zu haben, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. Auf der Ebene der Einrichtungen des Gesundheitswesens, beispielsweise der Krankenhäuser, ergeben sich ebenfalls vielfältige Konflikte. Soll nur innerhalb der Patientengruppe der an Covid-19 Erkrankten priorisiert werden oder auch zwischen Patientengruppen, beispielsweise zwischen Patienten mit einer Sepsis und von Covid-19 Betroffenen? Auch ist zu entscheiden, nach welchen Regeln priorisiert wird. Was bedeutet das für diejenigen, die kein Intensivbett bekommen, für die kein Beatmungsgerät mehr verfügbar ist? Wie kann ihnen zumin-

dest ihr Sterben so erleichtert werden, dass sie keinen schrecklichen Erstickungstod erleiden müssen? Hier wird die Grenze zwischen einer indirekten und einer aktiven Sterbehilfe sehr schmal. Ist die Gabe von Schmerzmitteln, insbesondere Opiaten, die das Leiden mindern, aber auch die Lebenszeit verkürzen, noch als indirekte Sterbehilfe zu verstehen, wenn die Lungen durch Covid-19 bereits schwer vorgeschädigt sind? Könnte es möglicherweise in diesen Fällen sogar zulässig sein, mit Schmerzmitteln aktive Sterbehilfe zu leisten, wenn Patienten darum bitten?

Das 21. Jahrhundert konfrontiert die Medizinethik jedoch darüber hinaus mit ganz neuen Fragen: Welche Folgen ergeben sich durch neue gentechnische Möglichkeiten, beispielsweise wenn ein mithilfe der neuen gentechnischen Methode CRISPR/Cas9 hergestelltes Medikament wie Zolgensma mit zwei Millionen Dollar pro Dosis eingepreist ist? Bis zu welcher Höhe bei welchem Nutzen sollten die Solidargemeinschaften die Kosten für eine derartige medizinische Behandlung tragen?

Die modernen Möglichkeiten stellen uns vor weitere Herausforderungen. Wie sehr werden die Fortschritte in der Digitalisierung die Medizin verändern? Werden diese in der Folge zu »gläsernen« Patienten führen und ärztliche und pflegerische Aufgaben durch Roboter ausgeführt werden? Welche Folgen ergeben sich durch neue gentechnische Möglichkeiten, zumal dann, wenn nicht alle davon profitieren können? Kann die Lösung dann darin bestehen, entsprechende Medikamente zu verlosen, wie es ein Unternehmen entschieden hat?

Die akademische Medizinethik, das sollten die Beispiele gezeigt haben, thematisiert Fragen, die uns alle angehen, und verfolgt das Ziel, die wesentlichen Konfliktfelder in der Medizin zu behandeln, die ethisch von Bedeutung sind.

## 0.2 Vorgehensweise

Dazu werde ich in folgender Weise vorgehen: Im ersten Kapitel werden nach der Darstellung eines exemplarischen Falls die Begriffe »Ethik«, »Moral«, »Ethos« und »Recht« erläutert. Daran schließt sich die Vorstellung wesentlicher ethischer und medizinethischer Ansätze an. Dabei werde ich auch einen »eigenen«<sup>1</sup> medizinethischen Ansatz

<sup>1</sup> Allerdings ist dabei »eigener Ansatz« im Sinn von Wittgensteins (1984, 9) Vorwort

entwickeln. Dieser Ansatz weiß sich dem politischen, weltweiten Konsens im Blick auf Menschenwürde und Menschenrechte verbunden. Im zweiten Kapitel steht die zentrale anthropologische Frage nach Anfang und Ende der menschlichen Existenz im Fokus. Daran schließt sich die Behandlung von medizinethischen Konflikten am Lebensanfang und Lebensende an. Ist eine menschliche Zygote nämlich bereits ein Mensch, dem ein Lebensrecht zukommt, dann ist beispielsweise eine verbrauchende Embryonenforschung genauso verwerflich wie die verbrauchende Forschung an geborenen Menschen. Ist der Hirntote noch nicht verstorben, stellt die Entnahme seiner Organe einen Akt der Tötung dar, der im besten Fall, nämlich wenn dieser zuvor eingewilligt hat, als aktive Sterbehilfe mit altruistischer Zielsetzung verstanden werden kann. In diesem Kapitel sind darüber hinaus klassische Konfliktfälle wie Abtreibung und Sterbehilfe zu behandeln.

Im fünften Kapitel geht es um ein angemessenes Verhältnis zwischen ärztlich und pflegerisch Tätigen auf der einen Seite, Patienten sowie deren Angehörige auf der anderen Seite. Dabei wird es auch um die Frage gehen, wie die Einwilligungsfähigkeit psychisch kranker oder dementer Personen zu bewerten ist, beispielsweise wenn diese eine dringend gebotene Behandlung verweigern. Darüber hinaus werden weitere exemplarische Konfliktfälle thematisiert, beispielsweise die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett und das Thema der ärztlichen und pflegerischen Schweigepflicht.

Anschließend widme ich mich der Zulässigkeit medizinischer Forschung. Hier ist ein besonderer Streitfall, ob auch bei nicht einwilligungsfähigen Menschen Forschungsvorhaben zulässig sind, wenn die Risiken gering sind und die Betreuer zugestimmt haben.

Das siebente Kapitel handelt von den neuen gesellschaftlichen Herausforderungen durch Digitalisierung und Gentechnik. Wie weit darf eine wunscherfüllende Medizin im Zeitalter des Genome Editing gehen? Wo endet eine therapeutische Anwendung und beginnt das Enhancement? Was bleibt vom Recht auf Nichtwissen, wenn jedes Genom billig und rasch entschlüsselt werden kann? Welche Gefahren drohen gerade denjenigen, die eine schlechtere genetische Disposition haben, wenn Versicherungen oder Arbeitgeber davon Kenntnis bekommen? Wie können umgekehrt diese davor geschützt werden, dass betroffene Versicherungs- oder Arbeitnehmer ihren Wissensvor-

---

zum *Tractatus* zu verstehen: »Wieweit meine Bestrebungen mit denen anderer Philosophen zusammenfallen, will ich nicht beurteilen.«

sprung aufgrund der Kenntnis ihres eigenen genetischen Profils ausnützen? Beispielsweise könnte jemand aufgrund seines Wissens um Krankheitsdispositionen hohe Lebensversicherungen abschließen.

Im achten Kapitel wird der durch die neuartige Covid-19-Pandemie ins allgemeine Bewusstsein gerückte Streitfall zum Thema werden, wie knappe Ressourcen im Gesundheitswesen verteilt werden sollen. Ganz grundsätzlich wird zu fragen sein: Was können und was wollen wir uns an gesundheitlicher Versorgung leisten?

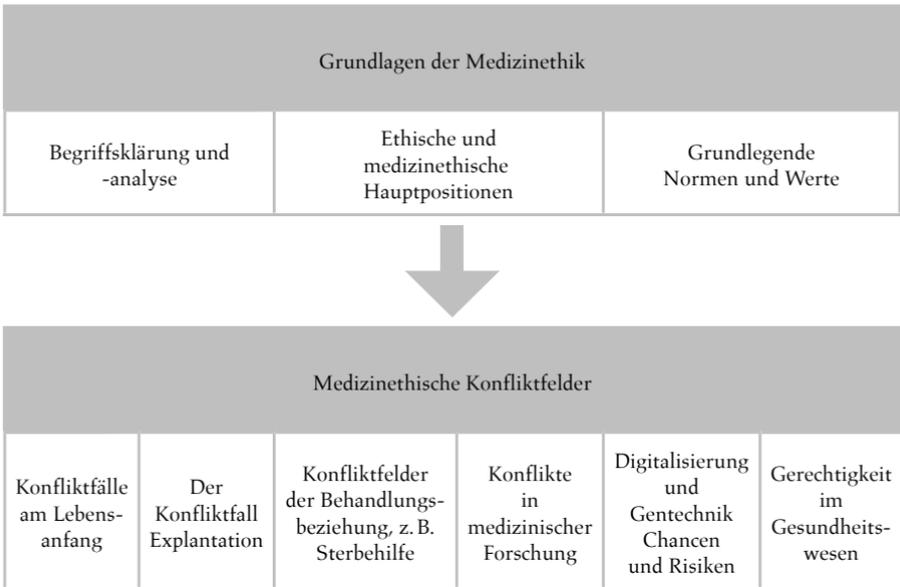


Abbildung 1: Übersicht zur Struktur des Buchs

### 0.3 Wissenschaftstheoretische Klarstellungen

Bevor mit der Klärung grundsätzlicher Begriffe begonnen werden kann, sind einige wissenschaftstheoretische Klarstellungen nötig, um Missverständnisse auszuräumen und falschen Erwartungen vorzubeugen.

So hat eine akademische Medizinethik nicht die Aufgabe, ihre Adressaten zu besseren Menschen zu machen. Dies ist auch gar nicht nötig, denn die meisten, die den Arzt- oder Pflegeberuf anstreben oder ausüben, vertreten hohe moralische Ideale. Sie haben oftmals

den Beruf gewählt, um Menschen zu helfen. Sie sind in den meisten Fällen durch die Konfrontation mit dem Leid anderer aufgrund ihrer Lebenserfahrung mit schwierigen Konfliktfällen vertraut und für ethische Fragestellungen besonders sensibilisiert. Sie benötigen keine moralischen Appelle. Vielmehr sollen ethische Überlegungen und Differenzierungen zu einer eigenen verantworteten Entscheidung beitragen. Eine akademische Medizinethik kann beispielsweise helfen, sich eigener Grundannahmen bewusst zu werden und so besser zu verstehen, woher eigene moralische Einstellungen herrühren.

Medizinethik ist auch nicht mit Medizinrecht zu verwechseln. Wer die Überzeugung vertritt, dass geltendes Recht letztgültig ethische Streitfragen entscheidet, reduziert Ethik auf Recht und begeht damit einen legalistischen Fehlschluss. Warum dies ein Fehlschluss ist, zeigt folgendes Beispiel. Wer in den Niederlanden lebt, der darf nach dem niederländischen Recht aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen, wenn bestimmte Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Der legalistische Fehlschluss besteht darin, aus der rechtlichen Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden zu schließen, dass damit die aktive Sterbehilfe auch ethisch allgemein unter Vorsichtsbedingungen erlaubt sei. Aus der Aussage »Aktive Sterbehilfe ist in den Niederlanden *rechtlich* zulässig« wird fälschlicherweise die Aussage: »Damit ist aktive Sterbehilfe *ethisch* zulässig.« Warum dies ein Fehlschluss ist, lässt sich an einem einfachen Beispiel zeigen. Wer zwischen den Niederlanden und Deutschland pendelt, müsste nach dieser Doktrin logischerweise bei jedem Grenzübertritt seine ethische Position wechseln, denn in Deutschland ist die aktive Sterbehilfe *rechtlich* verboten. Daraus würde sich ergeben: »Damit ist aktive Sterbehilfe *ethisch* verboten.« Doch die Ethik hat gerade den Anspruch, Zulässigkeit bzw. Nicht-Zulässigkeit von bestimmten Handlungen in einer Weise zu begründen, die nicht von den Zufälligkeiten geltender Gesetzgebung abhängig ist. Das bedeutet freilich nicht, dass Gesetze unerheblich wären. Sie entbinden jedoch nicht von der eigenen Verantwortung. Die ethisch verwerflichen Rassegesetze des Dritten Reichs genügen, um zu verstehen, warum Gesetze allein ethische Fragen nicht beantworten können.

Es gibt darüber hinaus die Annahme, dass die Medizinethik in den meisten Konfliktsituationen eindeutige Antworten bereitstellen könnte. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr kann den ärztlich oder pflegerisch Tätigen vor Ort die Letztverantwortung nicht abgenommen werden. Da verschiedene Religionen und Weltanschauungen

miteinander um die letzte Wahrheit ringen, muss es mit Notwendigkeit bei manchen Streitfällen unterschiedliche Lösungsangebote geben. Diese beanspruchen zwar universelle Gültigkeit, sind aber in vielen Fällen nur für die Anhänger der entsprechenden Religionen überzeugend. Dies sollte jedem einleuchten, der weiß, wie unterschiedlich die drei großen monotheistischen Weltreligionen Jesus von Nazareth einschätzen. Für einen orthodoxen Juden ist Jesus von Nazareth ein am Kreuz gescheiterter Prophet. Seine Hinrichtung bedeutet nach der hebräischen Bibel das Scheitern vor Gott. Für einen Christen ist Jesus der Sohn Gottes und Messias, der die Menschheit durch sein Leiden am Kreuz erlöst und durch seine Auferstehung den Tod besiegt hat. Für einen gläubigen Muslim ist Jesus zwar ein großer Prophet, der jungfräulich empfangen wurde, aber nicht Sohn Gottes. Seine Botschaft wird durch das Wort Gottes, wie es Mohammed empfangen hat und wie es im Koran niedergeschrieben ist, überboten. Juden finden die Letztbegründung moralischer Normen in der Thora (hebräisch für *Weisung*, niedergeschrieben in den ersten fünf Büchern der Bibel), Christen im Evangelium Jesu (griechisch für *frohe Botschaft*, niedergeschrieben im Neuen Testament) und Muslime im Koran (arabisch für *Rezitation*). Diese heiligen Texte stehen zudem unterschiedlichen Interpretationen offen, sodass die verschiedenen Konfessionen, im Christentum beispielsweise Reformierte und Katholiken, noch einmal unterschiedliche ethische Bewertungen vornehmen. Vor diesem Hintergrund bewerten Vertreterinnen und Vertreter dieser Religionen beispielsweise die embryonale Stammzellforschung unterschiedlich. Wer keiner dieser Religionen angehört, wird sich an andere weltanschauliche Überzeugungen binden und von daher seine moralischen Normen begründen. Darum müssen notwendigerweise in weltanschaulich neutralen Gesellschaften wie der unsrigen unterschiedliche Medizinethiken vorhanden sein, worüber beispielsweise *The Cambridge World History of Medical Ethics*<sup>2</sup> einen guten Überblick gibt.

Die Medizinethik ist darum faktisch in eine Vielzahl unterschiedlicher medizinethischer Ansätze zerfallen, die eine Fülle sehr differenzierter Methodologien gebrauchen und teilweise in keinem Austausch miteinander stehen. So ist bezeichnend, wie selten bei uns eine medizinethische Forschung rezipiert wird, die weder englisch- noch deutschsprachig ist, und wie schwierig sich selbst der Austausch zwi-

<sup>2</sup> Baker/McCullough (Hg.) (2018).

schen praktischer Philosophie mit medizinethischer Ausrichtung und ärztlicher Medizinethik gestaltet. Zudem werden oftmals von Theologinnen und Theologen publizierte medizinethische Überlegungen von philosophischer Seite ignoriert und selbst interkonfessionell und interreligiös wenig zur Kenntnis genommen. Dazu kommt, dass auch Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Recht und den Naturwissenschaften einschlägige, gerade ethisch höchst bedeutsame Überlegungen publiziert haben, die es ebenfalls verdienen würden, berücksichtigt zu werden.

Auch dieses Buch, das einen einführenden Charakter hat, ist von derartigen Einschränkungen betroffen. Ein Einzelner kann selbst die englisch- und deutschsprachige Literatur zu den einzelnen Themen kaum überblicken und den Diskussionen folgen, zumal sich diese eben nicht nur auf die einschlägigen medizinethischen Fachjournale beschränken. Das Buch hat darum auch nicht den Anspruch zu den einzelnen Themenfeldern die bestehende Diskussion vollständig wiederzugeben. Vielmehr besteht das Anliegen darin, die jeweiligen systematisch bedeutsamen Fragestellungen herauszuarbeiten, die entsprechenden Konflikte zu analysieren und für diese, soweit dies überhaupt möglich ist, Lösungsangebote zu entwickeln. Wenn Leserinnen und Leser dadurch zum eigenen Weiterdenken Anregungen finden, hat das Buch seinen wesentlichen Zweck erfüllt.