

## › Medizinethik

Sektionsleitung: Dieter Birnbacher

Dienstag, 30. September

S 6

14:45–15:15

**Roland Kipke** (Tübingen)

Warum nicht kommerzielle Suizidassistenten? Zur Frage nach der Kohärenz der Befürwortung assistierten Suizids

Der ärztlich assistierte Suizid wird seit langem kontrovers diskutiert. In einem Punkt aber besteht Einigkeit, nämlich in der Ablehnung einer kommerziellen Suizidassistenten. Nicht nur die Gegner ärztlicher Suizidassistenten, sondern auch ihre Befürworter sprechen sich deutlich gegen kommerzielle Suizidassistenten aus, d.h. gegen eine Suizidassistenten von Nicht-Ärzten, die für diese Leistung eine Vergütung erhalten. Diese entschiedene Ablehnung wird kaum begründet. Damit stellt sich die Frage: Ist die Ablehnung der kommerziellen Suizidassistenten bei gleichzeitiger liberaler Befürwortung der ärztlichen Suizidassistenten eine kohärente Position? Das heißt, gibt es überzeugende Argumente, die spezifisch gegen kommerzielle Suizidassistenten sprechen, nicht aber zugleich gegen ärztliche Suizidassistenten? Der Vortrag unterzieht die möglichen Argumente einer kritischen Analyse. Sie beziehen sich auf die Bedingungen legitimer Suizidassistenten, auf mögliche Auswirkungen und auf Annahmen über bestimmte öffentliche Güter. Die Analyse führt zu dem Ergebnis, dass keine überzeugende spezifische Argumentation zu finden ist. Es können nur bestimmte Auflagen für Anbieter kommerzieller Suizidassistenten begründet werden. Die Position der liberalen Befürworter assistierter Suizidassistenten weist daher Revisionsbedarf auf: Sie müssten entweder ihre Bejahung konsequenterweise auf die kommerzielle Suizidassistenten ausweiten oder ihre Ablehnung mancher Argumente überdenken, die gegen Suizidassistenten generell sprechen.

15:30–16:00

**Tobias Eichinger** (Freiburg)

Gabe oder Pflicht? Zum moralischen Status der Bereitschaft zur postmortalen Organspende und seinen praktischen Konsequenzen

Ist es moralisch geboten, sich als potenzieller Organspender zur Verfügung zu stellen und verwerflich, diese Form der Hilfsbereitschaft zu verweigern? Oder kommt die Bereitschaft zur postmortalen Organspende einem heroischen Akt selbstloser Nächstenliebe gleich, zu dem niemand gezwungen werden darf? Oder aber handelt es sich dabei um eine höchstpersönliche Entscheidung, die in ethischer Hinsicht sogar als indifferent angesehen werden muss?

Hier stehen sich Positionen gegenüber, die nicht nur auf unterschiedliche Vorstellungen vom Wert und der Verfügbarkeit des menschlichen Körpers verweisen, sondern auch praktische Konsequenzen für die Transplantationsmedizin haben. Schon die verschiedenen Regelungen zur Erfassung der Spendeentscheidung (Zustimmungs- bzw. Widerspruchslösung) enthalten implizit entsprechende Positionierungen. Während die einen dafür argumentieren, dass sich angesichts des hohen potenziellen Nutzens (für den todkranken Empfänger) sowie des geringen bzw. nicht vorhandenen Schadens (für den toten Spender) eine moralische Pflicht zur Organspende(bereitschaft) ableiten lasse, verweisen die anderen auf den Gabe-Charakter der Organspende, der eine Verpflichtung ausschließt. Damit wird auch die Selbstlosigkeit des Spendens betont, was wiederum von der Gegenseite zur Begründung einer Normativität der Organspendebereitschaft ins Feld geführt wird und oft in Form moralischer Appelle die Diskussion um die Behebung des Organmangels bestimmt. Daneben beziehen sich Vertreter des sog. Reziprozitätsmodells („Club-Lösung“) auf das Tauschprinzip und interpretieren die Bereitschaft zur Organspende als eigennützige Leistung, die jedem abverlangt werden könne, der auch selbst im Notfall von einem Spendeorgan profitieren wolle.

In dem Beitrag sollen unterschiedliche Ansätze zur Bestimmung des moralischen Status der Bereitschaft zur postmortalen Organspende vorgestellt, in ihren praktischen Konsequenzen nachgezeichnet und gegeneinander abgewogen werden.

16:15–16:45

**Annette Dufner** (Münster)

Gerechte Aggregation

Nehmen wir einmal an, die Welt würde von einem neuen Krankheitserreger heimgesucht, gegen den nicht schnell genug eine ausreichende Medikamentenmenge hergestellt werden konnte. Nachdem nun im Rahmen des nationalen Notfallplans all diejenigen Bedürftigen mit dem Medikament versorgt wurden, die für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit sowie der weiteren medizinischen Versorgung wichtig sind, steht die Frage an, welche weiteren Bedürftigen in welchen Ausgangssituationen den Rest davon erhalten sollten. Nehmen wir nun desweiteren an, dass einige Bedürftige dem Tod geweiht wären, wenn sie nichts erhalten würden, eine etwas größere Anzahl weiterer Bedürftiger aber ebenfalls von gesundheitlichen Einschränkungen bedroht wäre und beispielsweise den Gebrauch einzelner Gliedmaßen verlieren würde, wenn ihnen nicht geholfen würde. Was sollte man tun?

Die Auffassung, die hier vertreten werden soll, besagt, dass in bestimmten Fällen die personenübergreifende Nutzeneffizienz von Hilfsleistungen eine wichtige moralische Rolle spielt, dass man also in gewissem Rahmen durchaus der größtmöglichen Anzahl von Personen im größtmöglichen Umfang helfen sollte. Allerdings, so kann man argumentieren, gilt dies nur für Fälle, in denen keine der konfligierenden Interessen vergleichsweise geringfügig sind („headaches for lives“). Solche Interessen sollten gerade in Konfliktfällen, in denen auch sehr viel gewichtigere Interessen auf dem Spiel stehen, nur eine untergeordnete Rolle einnehmen. Desweiteren sollten Hilfsleistungen für die Bedürftigsten vergleichsweise stärker gewichtet werden als Hilfsleistungen für Personen, denen es bereits vergleichsweise gut ergangen ist („priority for the worst off“). Zusammenfassend kann diese Position als ARP bezeichnet werden: Aggregiere in interpersonellen Konfliktfällen bezüglich relevanter Interessen auf prioritaristische Art und Weise.

17:30–18:00

**Martina Schmidhuber** (Erlangen)

Ist ein gutes Leben für Menschen mit Alzheimer-Demenz möglich?  
Für eine subjektive Theorie des guten Lebens

In der Philosophie herrscht ein reger Diskurs über das gute Leben, in welchem zwischen objektiven und subjektiven Theorien unterschieden wird. Die dahinter stehende Frage lautet: Kann es objektive Kriterien für ein gutes Leben geben oder ist dies so individuell, dass ein Leben nur subjektiv bewertet werden kann? Im Vortrag werden Einwände gegen objektive Theorien des guten Lebens genannt, so z.B. die Gefahr des Paternalismus. Es wird argumentiert, dass rein objektive Theorien des guten Lebens zurückzuweisen sind, weil gerade die Subjektivität eine bedeutende Rolle im Leben von Menschen spielt. In besonders brisanter Form stellt sich die Frage, welche Theorie des guten Lebens angemessen ist, bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Am Beispiel der Alzheimer-Demenz soll geprüft werden, inwiefern Menschen mit dieser Erkrankung noch fähig zur Beurteilung ihres Lebens sind. Da die kognitiven Fähigkeiten im Laufe der Erkrankung sukzessive abnehmen, fühlen sich häufig pflegende Angehörige und professionell Pflegende in der Pflicht, für Menschen mit Demenz zu entscheiden, was ihnen gut tut. Im Vortrag hingegen soll anhand von Fallbeispielen aus Literatur und Praxis gezeigt werden, dass Menschen mit Demenz durchaus fähig sind, zu beurteilen, was sie für sich für gut halten. Mittels Mimik, Gestik und Emotionen können Menschen mit Alzheimer-Demenz noch bis in fortgeschrittene Stadien der Erkrankung kommunizieren. Das in der Praxis häufig eingesetzte Konzept der Validation trägt dieser „subjektiven Wirklichkeit“ von Menschen mit Alzheimer Rechnung.

18:15–18:45

**Daniela Ringkamp** (Paderborn)

Demenz und (Post-) Personalität

Der personale Status von Demenzpatienten unterscheidet sich von anderen, in der angewandten Ethik diskutierten Verwendungsweisen des Personalitätsbegriffs und kann in Anlehnung an den von Jeff McMahan geprägten Terminus der Post-Personalität („post-persons“) beschrieben werden. Der Vortrag greift diesen Begriff auf und analysiert ihn insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit autonomer Entscheidungsfindungen des Patienten angesichts zunehmenden und unwiederbringlichen Verlustes seiner kognitiven Fähigkeiten. Dabei soll auf ein weites Repertoire philosophischer Personalitätstheorien zurückgegriffen werden. Denn während Vertreter einer starken Nichtäquivalenztheorie der Personalität wie z.B. Ronald Dworkin und auch McMahan selbst zugunsten eines vorgängigen Selbstbestimmungsrechtes von Demenzpatienten argumentieren, weisen Vertreter einer integrativen Sozialethik auf eine ihrer Ansicht nach erforderliche einheitliche Zuschreibung von Personalität auf der Gattungsebene hin, die selbst schwache Artikulationen von Bedürfnissen und Wünschen als Formen personaler Autonomie begreift. Der Vortrag möchte zeigen, dass beide Positionen einseitig sind und sucht nach einer vermittelnden Strategie, die den Begriff der Post-Personalität neu definiert. Eine solche Strategie wird z.B. von Agnieszka Jaworska vorgelegt, die zwischen der bloßen Artikulation von Bedürfnissen („mere desiring“) und der Fähigkeit, Bewertungen vorzunehmen („capacity to value“) unterscheidet. Diese Position, die Demenzpatienten eine „capacity to value“ zuspricht, ist voraussetzungsreicher als die der integrativen Sozialethik, vermeidet jedoch ein ausschließlich stark kognitivistisches Personalitätsverständnis. Dennoch ist, so soll gezeigt werden, auch eine solche vermittelnde Position letztendlich an ein kognitivistisches Personalitätsverständnis gebunden, das sich im Rahmen einer philosophischen Demenz-Ethik als zentral erweist.

14:45–15:15

**Sebastian Schleidgen /  
Orsolya Friedrich (München)**Zur Epistemologie der  
Prinzipienethik

Die moderne Medizinethik ist durch das Bemühen gekennzeichnet, den Akteuren technisierter Medizin ein angemessenes theoretisches Rüstzeug zur Verfügung zu stellen, das zugleich praktische Relevanz für die konkrete klinische Praxis aufweist. Den bekanntesten Ansatz stellt in diesem Kontext die „Prinzipienethik“ von Tom L. Beauchamp und James F. Childress dar. Allerdings bringt die Prinzipienethik eine Vielzahl von Problemen für ethische Entscheidungsprozesse mit sich: So führt ihre Anwendung oftmals zu divergenten Handlungsempfehlungen. Darüber hinaus ist eine oft unbegründete Fokussierung auf den Common Sense zu beobachten. Diese Probleme werden zumeist auf die der Prinzipienethik immanenten Forderung einer kontextabhängigen Spezifizierung und Abwägung der vier abstrakt formulierten und prima facie gültigen Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens sowie des Respekts der Patientenautonomie und der Gerechtigkeit zurückgeführt. Eine solche Diagnose greift allerdings zu kurz: Nicht der Abwägungsprozess selbst führt notwendig zu den skizzierten Problemen, sondern die ihm zugrunde liegenden metaethischen Prämissen.

Auf der epistemologischen Ebene etwa bleibt offen, welchen Kriterien die Spezifikation der Prinzipien im konkreten Anwendungsfall zu folgen hat. Eine Prinzipienethik, die medizinisch relevante Handlungssituationen eindeutig und nachvollziehbar lösen will, setzt allerdings die Möglichkeit einer eindeutigen und nachvollziehbaren Spezifikation der in ihr enthaltenen Prinzipien notwendig voraus. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit ebenso eindeutiger und nachvollziehbarer Kriterien zur Spezifikation der Prinzipien.

In unserem Vortrag werden wir solche Kriterien vorstellen und damit eine den zentralen Ansprüchen ethischer Theorien genügende Fundierung der Prinzipienethik präsentieren.

15:30–16:00

**Elsa Romfeld (Heidelberg)**„Zu theoretisch für die Praxis“?  
Die Relevanz der Metaethik für die  
Klinische Ethik

Ethische Kommissionen und Komitees haben Konjunktur. Speziell die Einrichtungen der Klinischen Ethikberatung in den Krankenhäusern und Universitätskliniken Deutschlands haben sich in der letzten Dekade etwa verzehnfacht. Konjunktur hat auch die Literatur über die Ursachen, Ziele und Ausgestaltungen dieser Entwicklung. Meistens betont sie, wie wichtig und wünschenswert der verstärkte Eingang ethischer Reflexion in die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen ist. Dabei scheint die Frage nach der Rolle der Metaethik in solchen Gremien keineswegs befriedigend beantwortet: Abgesehen (allerdings gewiss nicht unabhängig) davon, dass in diesen medizinethischen Beratungsinstitutionen oft keine hinreichend professionell ausgebildeten Ethiker sitzen, wird das Fundament, auf dem man dort „Ethik“ betreibt, nur selten expliziert. Bei intensiver Auseinandersetzung mit Ethikberatung muss man gar Zweifel haben, ob ein derartiges Fundament in vielen Fällen überhaupt existiert. Das aber wäre mehr als bloß bedauerlich, denn Klinische Ethik als Angewandte Ethik ist ohne eine angemessene theoretische Fundierung in der Metaethik der Boden ethischer Argumentation entzogen. Betreibt also jeder, der Ethikberatung ohne soliden (meta)ethischen Unterbau anbietet, „Etikettenschwindel“? Oder ist das zu radikal gedacht und ein in metaethischer Hinsicht „naives“ Vorgehen kaum problematisch?

Dieser Vortrag möchte, ausgehend von einem kritischen Blick auf die Beratungspraxis, darlegen, wo und inwiefern Klinische Ethik inhaltlich und methodisch tatsächlich massiv von der metaethischen Rechtfertigungsfrage abhängig ist, warum also konkrete Abwägungen, Entscheidungen und Handlungsempfehlungen untrennbar mit sprachphilosophischen, ontologischen sowie epistemologischen Überlegungen und Positionierungen verbunden sind. Folglich gälte es entweder metaethisch „nachzubessern“ oder, schon aus Gründen der – wissenschaftlichen und moralischen – Redlichkeit, die betroffenen Institutionen anders zu belabeln. Diesbezügliche Vorschläge sollen abschließend diskutiert werden.

16:15–16:45

**Katja Stoppenbrink  
(Luxemburg/Münster)**Autonomie und Fürsorge. Zur  
Integration des Prinzips der  
Patientenautonomie in einer  
bedürftigkeitsorientierten Ethik  
(*ethics of need*)

Das moderne medizinethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten hat – so der empirisch-deskriptive Befund – dem historisch vorgängigen Benevolenzprinzip den Rang streitig gemacht. Gemeinhin wird heute das Verhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht oder Autonomie des Patienten und Fürsorgepflicht von Ärzten und Pflegepersonen als problematisch und konfliktreich verstanden. Vor diesem Hintergrund gilt mein Erkenntnisinteresse den Potentialen einer bedürfnis- bzw. bedürftigkeitsorientierten Ethik (*ethics of need*) hinsichtlich der Möglichkeit, das Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Fürsorge zu entschärfen. Ich beziehe mich auf den Entwurf einer „Ethics of Need“ von Sarah Clark Miller (2011) und arbeite die Grundannahmen und Merkmale einer solchen Ethikkonzeption im Unterschied zu anderen normativethischen Theorierahmen heraus. Nach meiner Rekonstruktion vertritt

Miller zwei Hauptthesen. Die erste These lautet: Bedürfnisse bzw. – genauer – Bedürftigkeiten (*needs*) begründen eine moralische Fürsorgepflicht (*duty to care*). Millers zweite Hauptthese betrifft das Verhältnis von Autonomie und Fürsorge: Anders als oftmals angenommen konflieren diese normativen Prinzipien nicht, sondern lassen sich im Rahmen einer *ethics of need* gleichermaßen verfolgen und verwirklichen. Wird eine Fürsorgeethik als Tugendethik verstanden oder tugendtheoretisch interpretiert, ist eine bedürftigkeitsorientierte Ethik in einem primär deontologisch geprägten Theorierahmen zu verorten – und zwar einem, der nicht vom handelnden Akteur und dessen Pflichten ausgeht, sondern vom schutzbedürftigen Menschen und dessen Bedürfnissen. In einer Coda weite ich den Blick: Die anthropologische Dimension der reziproken Anerkennung des Menschen als Menschen (Gattungswesen) in seiner Bedürftigkeit steht im Zentrum z. B. der *Ökonomisch-philosophischen Manuskripte* von Marx (1844). Möglicherweise birgt Marx für eine normativethische Theorie – gerade eine *ethics of need* – mehr argumentatives Potential, als traditionell angenommen.

17:30–18:00

**Sabine Salloch** (Bochum)

Die Bedeutung des aristotelischen phronesis-Konzeptes für die empirische Forschung in der Medizinethik

Die Vorstellung, dass es zum angemessenen und gelingenden moralischen Urteilen einer besonderen Fähigkeit bedarf, welche einen kontextbezogenen Charakter hat und durch Lebenserfahrung erworben wird, erscheint modernen Forscherinnen und Forschern ebenso naheliegend wie Aristoteles, dessen Begriff der phronesis derzeit eine Renaissance im Bereich der Angewandten Ethik erlebt. Besonders in der empirisch forschenden Medizin- und Bioethik wird die moralische Klugheit erfahrener Personen als ein wichtiger Beitrag zur Lösung komplexer ethischer Herausforderungen betrachtet und zum Gegenstand sozialempirischer Forschung gemacht.

Im Sektionsvortrag werden Konzepte empirisch forschender Medizinethik vorgestellt, welche die aristotelische Idee der phronesis aufgreifen. Den Hauptteil des Beitrags wird eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage bilden, welche Probleme sich stellen, wenn die aristotelische Idee der phronesis zur Grundlage empirischer Forschung in der Medizinethik gemacht wird. Dabei werden sowohl konzeptuelle als auch methodische Aspekte beleuchtet. Zu den konzeptuellen Herausforderungen zählt die Frage, inwiefern das moralische Wissen eines phronimos überhaupt einen explizierbaren und der intersubjektiven Darstellung zugänglichen Charakter hat. In methodischer Hinsicht muss gefragt werden, welche Personen legitimer Weise als phronimos adressiert und nach ihrem Urteil befragt werden können und auf welche Weisen das genuine moralische Praxiswissen unterschieden werden kann von weniger qualifizierten Formen der Meinungsäußerung.

Zusammenfassend wird im Sektionsvortrag eine skeptische Perspektive hinsichtlich Möglichkeiten der Verwendung des aristotelischen phronesis-Konzeptes im Rahmen empirisch-ethischer Forschung entwickelt. Zugleich zeigt der Beitrag auf, an welchen Stellen eine nicht nur philosophische, sondern interdisziplinäre Weiterentwicklung notwendig wäre, um die aristotelische Idee der praktischen Klugheit für die moderne Angewandte Ethik nutzbar machen zu können.

18:15–18:45

**Christiane Mahr** (Düsseldorf)

Wie plausibel ist der normative Krankheitsbegriff von Clouser, Culver und Gert?

In meinem Vortrag werde ich die zentralen Elemente der normativen Krankheitsdefinition des Autorentrios Clouser, Culver und Gert vorstellen und anhand eines Beispiels erläutern, worin das Spezifikum dieser Konzeption besteht. Im Mittelpunkt dieser Definition stehen die Begriffe des Übels und der Abwesenheit einer dieses aufrechterhaltenden Ursache. In meinem Vortrag werden *drei Probleme* analysiert, die sich aus der normativen Bestimmung des Krankheitsbegriffs ergeben. (i) Die erste Schwierigkeit entsteht daraus, dass die Autoren unter den Begriff des Übels auch das Fehlen bestimmter menschlicher Fähigkeiten subsumieren. Dabei setzen sie voraus, dass der Besitz bestimmter Fähigkeiten notwendige Bedingung dafür ist, dass ein Mensch nicht krank ist. Problematisch ist diese Annahme, weil sich die Autoren dabei zumindest implizit auf ein Kriterium stützen müssen, das es ihnen erlaubt, die für Gesundheit und Krankheit *relevanten* Fähigkeiten zu unterscheiden. (ii) Das zweite Problem besteht darin, dass gemäß der Definition nicht jeder beliebige partielle Verlust einer Fähigkeit hinreichend für das Vorliegen einer Krankheit ist. Vielmehr sei ein Mensch nur dann krank, wenn er eine bestimmte Fähigkeit in einem *bestimmten Maße* nicht mehr aufweist. Die Begriffsbestimmung setzt also die Existenz eines *objektiven Schwellenwertes* voraus. Das Setzen eines solchen Schwellenwertes bei sich *kontinuierlich* vollziehenden Prozessen kann allerdings nicht ohne eine gewisse Willkür erfolgen und ist daher problematisch. (iii) Auch die bereits erwähnte Einbeziehung von Menschen, bei denen noch keines der Grundübel vorliegt, sondern die nur ein erhöhtes Risiko aufweisen, eines der Grundübel zu erleiden, ist theoretisch fragwürdig.