Medizinethik

In der Medizin scheint das Streben nach Modernisierung unaufhaltbar. Die Forschung präsentiert uns Jahr für Jahr, Monat für Monat neue Präparate und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten. Die Investitionen für Forschung und Entwicklung der 10 größten Pharmaunternehmen weltweit im Jahr 2007 lagen bei 56 Milliarden Dollar.[1] Altbewährtes, besonders aus dem naturheilkundlichen Bereich, wird dabei oftmals über Bord geworfen. Es gilt das Paradigma des Fortschrittes.

Unkritisch betrachtet hat der „Fortschritt" nur positive Aspekte: Der Handlungshorizont der Medizin erweitert sich, was früher noch als undurchführbar galt, rückt immer weiter in den Bereich des Möglichen. Als Beispiele seien hier genannt: die Gentechnik in der Arzneimittelforschung, die Embryonenforschung, die Organtransplantationstechnik, die Fortpflanzungsmedizin, die Prothetik und besonders die Intensivmedizin mit Herz-Lungen-Maschine und der Möglichkeit der parenteralen Nahrungszufuhr. Bei gezielter Umsetzung einer Maximalmedizin ist die „Beherrschbarkeit" körperlicher Gebrechen auf einem historisch nie da gewesenen Niveau.

Zugleich erwächst hieraus eine erweitere ethische Verpflichtung im Spannungsfeld Patient-Heilpraktiker/Arzt. Schließlich bürdet die Möglichkeit einer Maximalmedizin den Beteiligten die Entscheidung über eine wachsende Anzahl von Optionen auf, die nicht immerfort und stereotyp mit dem medizinisch Äußersten beantwortet werden können. Derzeit herrscht die - zumindest öffentlich verbreitete - Darstellung, jeder Patient erhält ein Optimum an medizinischer Zuwendung, sofern er keinen anders lautenden Wunsch wirksam kundtut.

Aufgrund der teilweise rasanten Entwicklung, speziell in der Genforschung sah der Gesetzgeber sich gezwungen hier regulierend tätig zu werden. Eine Beratung des Gesetzgebers durch Experten findet seit dem Jahr 2001 durch den „nationalen Ethikrat" statt. Dieser wurde im Jahr 2007 durch den „Deutschen Ethikrat" ersetzt, der am Bundestag angesiedelt ist.

Vor dem Hintergrund einer modernen Medizin gilt es zu schauen, inwiefern die Geisteswissenschaften geeignet sind, hier eine Hilfestellung zu bieten. Dabei werfe ich zunächst einen Blick auf die Grundgedanken tradierter ethischer Systeme, das heißt den beiden bekanntesten ethischen Systemen, den Utilitarismus und die deontologische Ethik. Im Weiteren kläre ich auf, was ein induktiver bzw. ein deduktiver Ethikansatz ist und beleuchte die Vor- und Nachteile. Zuletzt gehe ich auf die Rolle der Geisteswissenschaften in der Medizin ein.

Induktive Ethiksysteme – top-down-Modelle

Induktive Ethiks*ysteme* unterliegen der Schwierigkeit, bereits im Vorfeld (ex ante) allgemeingültige Aussagen zu ethischen Problemkonstellationen treffen zu müssen, die so vielfältig und facettenreich sein können, wie es unser wirkliches Leben nun einmal ist. Überspitzt formuliert heißt das, hier trifft ein Modell, das „im stillen Kämmerlein" ersonnen wurde auf das „pralle Leben" und muss hier seine Anwendbarkeit unter Beweis stellen. Aus dem amerikanischen Raum wurde für diese Vorgehensweise der Begriff top-down-Modell geprägt.

[1] Pharmaceutical Executive „Our 9th Annual Report on the World Top 50 Pharmaceutical Companies, May 2008

Der Utilitarismus

Der Utilitarismus, welcher auf *Jeremy Bentham* zurückzuführen ist, verfolgt das Ziel, die Summe des Glückes der Menschen zu maximieren. Er war besonders in den angelsächsischen Ländern populär. Um eine Handlung moralisch zu bewerten, müssen die Konsequenzen einer Handlung ermittelt und diese unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen Glücks bzw. Wohlergehens bewertet werden. In einem zweiten Schritt wird der Befund aufgerechnet, das heißt innerhalb eines Kollektives wird die Summe des Glückes einzelner Individuen mit der Summe des Leides anderer Mitglieder des Kollektives verrechnet. Somit hat der Handelnde eine Regel, eine Maxime an der Hand, die den Nutzen seines Handelns für die Gesellschaft berücksichtigt.

Eine Variante des Utilitarismus, der „negative Utilitarismus", orientiert sich nicht an der Maximierung des Glückes, sondern an einer Minimierung des Leides.[2] Besonders im Bereich der Medizin, wo das körperliche Leiden eine gewichtige Rolle bei Entscheidungen spielt, wäre diese Spielart des Utilitarismus von Interesse. Als Beispiel genannt sei hier die Möglichkeit der Minimierung von Leiden mittels einer Morphiumgabe an einen Schmerzpatienten.

Die Kritik am Utilitarismus richtet sich gegen eine zu restriktive Fokussierung auf den Begriff des Glückes, denn andere wichtige ethische Grundpfeiler wie die Gerechtigkeit, Freiheit und Tugendhaftigkeit finden in diesem Modell keinen Eingang.

Im Utilitarismus stehen fernerhin das Resultat, die Konsequenz im Vordergrund. Diese Ethik fragt nicht danach, auf welchem Wege eine Maximierung des Glückes erreicht wird, sie interessiert sich nur für das Ergebnis. Deswegen wird sie auch als konsequenzialistische Ethik bezeichnet. Hieraus erwächst ein weiteres Problem, das nachfolgend erörtert wird.

Gegenposition: Die deontologische Ethik

Den Sachverhalt der eigentlichen Handlung selbst stellt die deontologische Ethik *(griechisch: δέον (deon) das Erforderliche, das Gesollte, die Pflicht)* in den Mittelpunkt. Sie fragt danach, auf welchem Wege, mit welchen Mitteln ein Ziel erreicht wird. Die Frage, ob einer utilitaristischen oder einer deontologischen Ethik der Vorzug zu geben sei, stellt sich beispielsweise, wenn man ermittelt, inwiefern die aktive Sterbehilfe ethisch vertretbar sein kann. Die Utilitaristen könnten meinen, die aktive Sterbehilfe mit einer Giftspritze sei eine moralische Handlung, da sie helfe das das Leid zu minimieren. Der deontologische Ethiker würde meinen, die Handlung sei in jedem Falle ein Mord und damit unsittlich, selbst wenn dem Patienten dadurch weitere Schmerzen erspart würden.

Der prominenteste Vertreter einer deontologischen Ethik ist Immanuel Kant. In seiner Grundlegung zur Metaphysik der Sitten gründet er seine Ethik auf der Autonomie des Subjektes, welches vor aller Erfahrung, also a priori, auf Basis seiner Vernunft zu einer Moralvorstellung gelangen könne. Diese Ethik erschließt sich rein formal, d. h. die Dinge der sinnlichen Anschauung und Erfahrung spielen keine Rolle. Es handelt sich demnach um eine formale Ethik. Der hieraus abgeleitete und recht

[2] Arthur Kaufmann: Negativer Utilitarismus: Ein Versuch über das bonum commune., Bayerische Akademie der Wissenschaften, C.H. Beck Verlag, München, 2004

bekannte kategorische Imperativ lautet: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“.[3]

Die Ethik von Kant ist eng verknüpft mit der Möglichkeit der Freiheit des Subjektes. „Der Wille ist eine Art von Kausalität lebender Wesen, so fern sie vernünftig sind, und Freiheit würde diejenige Eigenschaft dieser Kausalität sein, da sie unabhängig von fremden sie bestimmenden Ursachen wirkend sein kann.“[4] Nur ein Subjekt mit einem freien Willen ist in der Lage, so meint Kant, eine moralische Entscheidung im Sinne des kategorischen Imperatives zu fällen.

Eine Kritik setzt am Freiheitsbegriff an. Es stellt sich die Frage, inwiefern der Mensch wirklich ein freies Subjekt genannt werden darf. Der Mensch ist immerhin eingebunden in eine große Anzahl von sozialen Abhängigkeiten und in normierende Gesellschaftskonventionen.

Eine weitere Kritik betrifft ethische Systeme im Allgemeinen. Wie oben bereits kurz angerissen, kann ein System niemals für die Vielzahl denkbarer ethischer Problemstellungen konkrete Handlungsanweisungen liefern. Ein ethisches System ist zu statisch und unspezifisch. „Die Vorstellung eines Mathematik-analogen deduktiven Anwendungsmodells fertiger moralischer Theorie, welche mancher anfänglichen Medizinethikbegeisterung Pate gestanden haben mag, wird inzwischen ganz überwiegend zurückgewiesen.“[5] „Jede praktische Überlegung hat die praktische Erkenntnis zum Ziel, was hier und jetzt unter den gegebenen Umständen zu tun richtig ist. Darauf kann die Ethik niemals eine Antwort geben.“[6] Es kann somit festgehalten werden, die Anwendung induktiver ethischer Systeme ist nicht mehr zeitgemäß.

Deduktive Ethik- das bottom-up-Modell

Die deduktive Ethik versucht einen alternativen Weg. Bei ihr wird vom Einzelfall auf das Allgemeine geschlossen. Bereits Aristoteles, der in der gleichen geistesgeschichtlichen Epoche wie Hippokrates wirkte, zeigte in seiner nikomachischen Ethik diesen Erkenntnisweg auf. Der Mensch beurteilt bestimmte Verhaltensweisen intuitiv als gut oder schlecht. In einem nachgelagerten Schritt wird gefragt, warum dieses Verhalten gut oder schlecht sei. Wenn der Mensch eine erkleckliche Anzahl von Einzelfallurteilen sammelt und ordnet, dann gelangt er zu einem ethischen Verhaltenskodex. Im englischsprachigen Raum wird diese Form des Folgerns als bottom-up-Modell bezeichnet. Die Homöopathie und das anglo-amerikanische Rechtssystem[7] beruhen beispielsweise ebenfalls auf einem kasuistischen, mithin einzelfallbezogenen Erkenntnissystem. Der Vorteil liegt in einem stets konkreten, wirklichkeitsbezogenen Imperativ.

Ein Einwand gegen dieses Modell besagt, intuitive moralische Urteile beruhen auf bereits anerkannten Regeln und lassen sich gegen diese Regeln nicht eindeutig abgrenzen. Fragt man außerdem, worauf sich denn die Intuition eines Menschen berufe, so würde man unweigerlich auf unsicheres Terrain geraten. Drittens widerspricht dieses Prinzip dem geltenden Dogma zumindest der

---

3 Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 2. Auflage, Riga (Hartknoch) 1786 S. 402. (vgl. Kant-W Bd. 7, S. 51)], S. 60

4 a. a. O. Immanuel Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, S. 446. (vgl. Kant-W Bd. 7, S. 81)

5 Bettina Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Kröner Verlag, Stuttgart 2007, S. 25

6 Friedo Ricken, Grundkurs Philosophie, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln 1989, S. 19

7 Präzedenzfallrecht oder case law

Wissenschaftsmedizin, wonach Erkenntnis sich aus kausalgesetzlichen, mechanisch-deterministischen Abläufen von Prozessen in der Natur gewinnen lässt.[8] Hiermit assoziiert ist der „Goldstandard" von kontrollierten, randomisierten Doppelblindstudien, die einem kasuistischen Modell entgegenstehen, welches Rudolf Virchow als primitiv bezeichnete.[9]

Überlegungsgleichgewicht/ Kohärenztherorie

John Rawls hat die Schwächen beider Ethiksysteme erkannt und eine lohnende Alternative vorgeschlagen. Bei diesem Modell wird sowohl induktiv (bottom-up) als auch deduktiv (top-down) gedacht/ gefolgert. Sodann wird beobachtet, inwiefern die Aussagen der beiden Erkenntnismodelle zueinander passen. Ist dies nicht der Fall, dann müssen die Aussagen von beiden Seiten her so lange modifiziert werden, bis eine Kohärenz (reflective equilibrium) hergestellt wurde, es mithin keinen inneren Widerspruch mehr gibt. Kritisch anzumerken ist, dass Rawls keine Aussage darüber trifft, welche der beiden Seiten einen Abstrich ihrer Deutungshoheit machen sollte. Es ist nicht klar, wem letztlich das Primat zukommt: Ist es die wohlüberlegte Einzelfallentscheidung oder ist es das moralische Prinzip? Bei dem von Rawls vorgeschlagenen Modell überwiegen die Vorteile gegenüber den Nachteilen. Vor allem ist sein Modell eines, das in der Praxis gut einsatzfähig ist. Schöne-Seifert meint, die Kohärenztherorie sei eine einleuchtende Rekonstruktion dessen, was wir beim ethischen Argumentieren tatsächlich tun.[10]

Auf Grundlage des Modelles von Rawls entwickelten die derzeit prominentesten Vertreter einer Medizinethik, Beauchamp und Childress die Monographie „Principles of Biomedical Ethics."[11] In den Vereinigten Staaten ist dieses Werk das meistgelesene Buch zum Thema Medizinethik. Die erste Auflage erschien bereits 1979 und illustriert damit eine bereits recht früh einsetzende Beschäftigung seitens akademischer Kreise mit diesem Thema. In Deutschland verlief die Debatte vor dem Hintergrund der Euthanasieexperimente im 3. Reich zunächst recht verhalten. Seit einigen Jahren nimmt die Debatte in Deutschland jedoch an Fahrt auf, denn die Entwicklungen in der klinischen Forschung verlangen nach ethischer Fundierung.

Schlussdiskussion

Der Ertrag der Diskussion besteht in einer kritischen Rückversicherung auf bestehende ethische Positionen. Diese Ansätze wurden kurz dargestellt und kritisch beleuchtet. Das System von Rawls hat dabei zwei Vorteile, zum einen öffnet es einen gewissen Spielraum für die Miteinbeziehung, auch von Außenseiterpositionen. Zum anderen kann es einen pragmatischen Nutzen für den Zweck einer lebendigen Medizinethik reklamieren.

Der Autor hielte es für wünschenswert, wenn dem kasuistischen Räsonnement wieder eine größere Aufmerksamkeit eingeräumt würde. Dabei wäre ein freies Verhandeln zwischen systemischen und kasuistischen Positionen vorstellbar.

---

[8] Vgl. Axel Bauer, Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in der Medizin, „Der Internist" 38 (1997)

[9] „Wir kommen…auf den primitiven Zustand zurück, aus welchem die wissenschaftliche Medicin hervorgegangen ist: die Einzelbeobachtung dominiert, und die Regel ergibt sich aus der Summierung dieser Einzelbeobachtungen." Rudolph Virchow, Eröffnungsansprache, Wangerin & Taschenberg (Hrsg.) Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte 70. Versammlung zu Düsseldorf, 19.-24. Sep. 1898 Theil II/2 F. C. W. Vogel, Leipzig, S. 4-5

[10] Bettina Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Kröner Verlag, Stuttgart 2007, S. 29

[11] Beauchamp/Childress, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York/Oxford 2001

Bezogen auf die Arzneimittelforschung würde das z. B. eine Verlagerung der Forschungsanstrengungen in Richtung der natürlichen Erfahrungsmedizin mit sich bringen. Während die Erfahrungsheilkunde Erkenntnisse aus dem natürlich Vorhandenen, der creatio continua gewinnt, versucht die Wissenschaft etwas Neues, eine creatio nova hervorzubringen. Nutzen und Risiko einer creatio nova müssen genauestens geprüft werden, immerhin spielen die Nebenwirkungen (iatrogene Effekte) einer allopathischen Therapie in vielen Fällen eine bedeutende Rolle. Als Beispiel seien die Beta-Blocker genannt, deren Beipackzettel eng bedruckt sind und kaum ein Organ mit Nebenwirkungen verschonen.[12]

Bei Operationen wiederum ist das Risiko gelegentlich größer als die Chance, so dass diese Option wieder verworfen werden muss. Dennoch erleiden jedes Jahr weltweit ca. 7 Millionen Menschen Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff.[13]

In zukünftigen Debatten sollte eine Rückbesinnung auf einen Begriff vom „natürlichen Menschen“ eine bedeutendere Rolle einnehmen. Wenn der Mensch eine versöhnliche Einstellung zu seinem Körper gewänne, dann wäre zusätzlich auch für die menschliche Außenwelt, mithin die Umwelt einiges gewonnen. Die Medizinethik sollte nicht versuchen, sich als spezielle, abgrenzbare Bereichsethik behaupten zu wollen. Ein Beharren auf rein anthropozentrischen Perspektiven, d. h. eine Fortsetzung der Spiegelung des Menschen in seiner selbstgeschaffenen, kulturell überformten Welt, würde ihn immer weiter von einem Verständnis von Natur und dem Natürlichen entfernen. Möglicherweise liegt im Naturbegriff ein Schlüssel für eine inhaltliche ethische Positionierung des menschlichen Innenverhältnisses sowie gegenüber seiner Umwelt.

[12] Vgl. Rote Liste 2009, B22 Beta-Rezeptorenblocker

[13] Ärzte-Zeitung 24.06.2008
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/?sid=500994