

1 Ethische Entscheidungsfindung in der Notfallmedizin – eine Einführung

Giovanni Maio

1.1 Einleitung

Die Medizin ist eine soziale Errungenschaft, deren Kernziel es ist, in Not geratenen Menschen Hilfe anzubieten. Damit kann sich die Medizin nicht auf das reine Erkennen zurückziehen, denn sie erkennt nicht primär um des Erkennens willen. Genau dies unterscheidet sie von den Naturwissenschaften – die Medizin erkennt, um Menschen helfen zu können. Diese praktische Zwecksetzung ist es, die die Basis der Medizin ausmacht. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse sind Grundlage für viele sengersreiche Entwicklungen der Medizin gewesen, aber damit die Erkenntnisse sich tatsächlich positiv auf den Menschen auswirken, bedarf es bei jeder Frage der Anwendung dieser Erkenntnisse eines zusätzlichen Blicks auf die Welt, auf den Menschen. Daher kann eine gute Medizin nur realisiert werden in einer Verknüpfung guter Naturwissenschaften und einer Reflexion auf die Frage nach dem guten Handeln. Eine solche Reflexion verweist auf die Ethik.

Ethik lässt sich allgemein als Theorie des guten Handelns verstehen; speziell der Medizinethik geht es folglich um die philosophische und damit systematische Beurteilung moralischer Prinzipien im konkreten Handlungskontext der Medizin.



Medizinethik lässt sich auf praktische Problemfelder der Medizin ein und versucht, mithilfe moralphilosophischer Methoden medizinische Situationen so zu ergründen, dass Entscheidungen möglich werden, die im Einklang mit wohlbe-gründeten ethischen Grundprinzipien stehen und die gleichzeitig der Komplexi-

tät der klinischen Praxis gerecht werden. So stellt die besondere Berücksichtigung und Gewichtung der praktischen Situationslagen ein besonderes Spezifikum der Medizinethik dar.

Wie wichtig eine ethische Reflexion für die Medizin ist, zeigt sich gerade im Angesicht von Sterben und Tod. Dies sei an einem alltäglichen Beispiel erläutert.

Fallbeispiel 1

Auf der Internistischen Intensivstation liegt ein 55-jähriger Patient, der nach einer präklinischen Reanimation seit Wochen künstlich beatmet wird. Die Befunde deuten darauf hin, dass der Kreislaufstillstand einen ausgedehnten hypoxischen Hirnschaden verursacht hat und dass die Gesamtprognose ernst ist. Es ist damit zu rechnen, dass selbst für den eher unwahrscheinlichen Fall, dass der Patient wieder zu Bewusstsein kommen sollte, er eine schwere geistige Behinderung davontragen wird, die ihm ein selbständiges Leben nicht ermöglichen und ein dauerhaftes Angewiesensein auf Andere als schwerer Pflegefall bedeuten wird. Nach reiflicher Überlegung kommt der Arzt zu dem Schluss: „Es ist klar, dass es in einem solchen Zustand besser wäre, lieber zu sterben als weiterzuleben“. Aus dieser Überlegung heraus entscheidet sich der Arzt dafür, nach Möglichkeiten zu suchen, um die Maximaltherapie zu reduzieren.

Das Beispiel zeigt auf, wie leicht der Arzt eine von ihm vorgenommene moralische Aussage zur Grundlage seiner Entscheidung machen kann, ohne ihre ethische Dimension hinreichend reflektiert zu haben. Zwar ist nicht auszuschließen, dass der Arzt mit dieser Entscheidung im Sinne des Patienten handelte. Aber ein Arzt, der so argumentiert, macht den schwerwiegenden Fehler, eine eigene moralische Überzeugung zum allgemeinen Bewertungsmaßstab seiner Handlungen zu machen. Allein die Orientierung an der Goldenen Regel („was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu“) oder der Verweis auf eine Intuition („ein solches Leben ist besser nicht gelebt zu sein“) können nicht ausreichen, um verantwortungsvoll zu handeln. Eine solche Orientierung kann sogar irreführend sein. In dem speziellen Fall müsste nämlich sicher davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch eine solche Form der Behinderung in der gleichen Weise interpretieren würde. Es ist aber durchaus möglich, dass ein Mensch für sich sagen könnte: Auch wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen sein sollte und einen Hirnschaden davontragen würde, so möchte ich lieber in dieser Form als gar nicht mehr leben. Daher hat der beschriebene Arzt hier eine moralische Bewertung von Leben vorgenommen, die ihm als Drittem nicht zusteht. In diesem Fall folgt der Arzt einem Verständnis von Menschsein, das nicht als allgemeinverbindlich angesehen werden kann. Ab dem Moment, da der Arzt zu erkennen gibt, dass er nur wegen der gestörten Hirnfunktion eine Aussage über den Lebenswert des Menschenlebens macht, wird er Opfer einer eher partikularen, wenn nicht gar problematischen Deutung des Menschseins. Zwar kann jeder Mensch für sich selbst eine solche moralische Bewertung vornehmen, aber einer dritten Person kann eine solche Bewertung nicht einfach unterstellt werden, weil man dann jedes Leben dieser Art kategorisch für defizitär halten müsste, was auf unzählige ethische Probleme stößt. Die Frage nach der Indiziertheit der Weiterbehandlung kann nur aus der Perspektive des Kranken selbst beantwortet werden. Des-

sen Werthaltungen allein können Maßstab sein, und alle Anstrengungen zur Lösung dieses Konfliktes müssten sich um die Eruiierung dieser persönlichen Werthaltung des Kranken ranken.

1.2 Medizinethische Prinzipien und der Hippokratische Eid

Da die Medizin unweigerlich auf Wertentscheidungen angewiesen ist, hat sie schon sehr früh ethische Prinzipien benannt, nach denen das Handeln des Arztes auszurichten sei. Eine solche ethische Tradition ist ganz eng mit dem Hippokratischen Eid aus dem 4. Jahrhundert v. Chr. verbunden, der bis in unsere Tage hinein als Fundament der ärztlichen Ethik proklamiert wird.¹ Ein Kernsatz des Hippokratischen Eides lautet:

„Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichen Schaden und Unrecht.“ (Deichgräber 1983)

Betrachtet man diesen Satz näher, wird man drei zentrale Prinzipien entdecken, die in der modernen Bioethik wieder aufgegriffen worden sind. Es sind dies das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Vermeidung des Unheils, also der Schadensvermeidung. Allein in diesem Satz ist auch das dritte medizinethische Prinzip angesprochen, nämlich das Prinzip der Vermeidung von Unrecht, was einen Teilbestand des Prinzips der Gerechtigkeit bildet. Angesichts dessen, dass der hippokratische Eid zumindest seit dem Mittelalter eine breite Rezeption erfahren hat, lässt sich festhalten, dass sich der Arzt über Jahrhunderte hinweg vornehmlich dazu verpflichtet hatte, dem Patienten gegenüber als Helfer aufzutreten, dessen oberste Handlungsmaxime im „bonum facere“ (Wohltun/Fürsorge) und „nil nocere“ (Schadensvermeidung) bestand. Das Prinzip des „bonum facere“ äußerte sich darin, dass es in der Regel der Beurteilung des Arztes oblag, dieses Wohl zu definieren und in diesem seinem Sinne meist nur implizit und ohne geteilte Verantwortung zu entscheiden.

Das Prinzip der Autonomie ist in dieser Textstelle nicht erwähnt. Man könnte sogar annehmen, dass der hippokratische Eid genau das Gegenteil der Autonomie zur Grundlage macht, indem am Anfang des Satzes betont wird, dass allein „nach meinem Urteil“, also dem ärztlichen zu handeln sei. Doch eine solche Interpretation ist nicht unumstritten, da viele Quellen darauf hindeuten, dass auch früher der Arzt durchaus die Perspektive des Kranken in seinem Heilungsplan mit berücksichtigt hat.

In jedem Fall sind im Hippokratischen Eid zumindest drei Prinzipien benannt, die sich auch in der modernen Bioethik-Diskussion wiederfinden. Indem Beauchamp und Childress in ihrem berühmten Lehrbuch „Principles of Medical Ethics“ die vier Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence), Prinzip der Fürsorge (beneficence) und das Prinzip der Gerechtigkeit (s. Tab. 1) als die tragenden medizinethischen Prinzipien benannt haben, sind sie damit einerseits

1 Entgegen der weit verbreiteten Meinung vieler war der Hippokratische Eid anfänglich nur für eine kleine Gemeinschaft von Ärzten verbindlich. Erst mit dem Ausgang der Antike, mit dem Aufkommen des Christentums begann er so weit zum allgemeinen ärztlichen Denken zu passen, dass er sich allgemeiner durchsetzte. Spätestens seit dem Mittelalter lässt sich eine Rezeption des Textes belegen.

Erbe einer langen arztethischen Tradition. Gleichzeitig aber sind sie Erneuerer dieser Tradition, indem sie das Prinzip der Autonomie als neues Prinzip explizit aufführen und diesem eine besondere Bedeutung beimessen.²

Tab. 1 Schematische Übersicht der von der Prinzipienethik vorgeschlagenen medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite (nach Beauchamp und Childress 2013)

Medizinethische Prinzipien

Prinzip der Autonomie

Prinzip der Fürsorge

Prinzip des Nichtschadens

Prinzip der Gerechtigkeit

1.3 Das Prinzip der Autonomie

! Grundlage des Autonomie-Prinzips ist die Anerkennung der grundsätzlichen Freiheit des Menschen, die es gebietet, jede Handlung am Menschen immer danach zu beurteilen, ob diese den Respekt vor der Freiheit des anderen zur Geltung bringt.

Aus diesem Grund ist in der Medizin der sogenannte „informed consent“, die Einwilligung nach Aufklärung, zur Vorbedingung eines jeden Eingriffs gemacht worden. Mit der Einholung der Einwilligung wird somit der Respekt der Autonomie zur Geltung gebracht.

Das Prinzip der Autonomie hat seinen semantischen Ursprung aus der griechischen Antike, in der mit der Autonomie die Selbstgesetzgebung des Staates gemeint war. Der ursprüngliche Kontext des Autonomiebegriffs ist somit ein vornehmlich politischer Kontext. Bemerkenswerterweise hat auch die moderne Verwendungsweise des Autonomiebegriffs in der Medizin als ein Ausdruck des mündigen Bürgers eine politische Implikation, auch wenn damit allein die heutige Hinwendung zur Autonomie nicht erklärbar wird. Wenn wir fragen, warum das Autonomieprinzip heute in gewisser Weise zu einem Leitprinzip der Medizinethik geworden ist, so lassen sich hierfür mindestens drei zentrale Zusammenhänge festmachen.

1. Ein wesentlicher Grund für die heutige Betonung der Autonomie liegt darin, dass die Autonomie des Patienten lange Zeit von der Medizin selbst nicht hinlänglich respektiert worden ist. Der gegenwärtige Rekurs auf die Autonomie ist zum Teil als Ausdruck einer Abwehrreaktion auf eine ursprünglich paternalistische Medizin zu verstehen, somit als Gegenmittel gegen historisch gewachsene Konventionen, die nicht mehr vereinbar schienen mit den veränderten Rahmenbedingungen einer modernen Gesellschaftsordnung. Eine sol-

² Bezeichnenderweise haben Beauchamp und Childress in der siebten Auflage ihres Lehrbuches von 2013 betont, dass sie das Prinzip der Autonomie nicht besonders betonen, sondern es gleichrangig mit den anderen drei betrachten wollten (s. Beauchamp u. Childress 2013).

- che anti-paternalistisch geprägte Forderung legte daher besondere Betonung auf die Befreiung von äußerer Beeinflussung, auf die Vermeidung von Beeinträchtigung.
2. Ein weiterer zentraler Grund für den gängigen Rekurs auf die Autonomie liegt darin, dass gerade in der Postmoderne ein Konsens darüber, was ein gutes Leben ist, was ein gutes Sterben bedeuten kann, kaum erzielt werden kann, weil es unterschiedliche Wertbegründungssysteme gibt, die gleichzeitig Gültigkeit haben. Bei einem weitgehend fehlenden religiösen und metaphysischen Konsens scheint die freie Entscheidung des Einzelnen das Einzige zu sein, wovon eine moralische Autorität abgeleitet werden kann. Eine Gesellschaft, die ein vorgegebenes Raster für die Bewertung des guten Lebens oder des guten Sterbens nicht akzeptieren kann und möchte, scheint sich nur noch darauf verständigen zu können, dass es dem Einzelnen überlassen bleiben muss, solche Werte zu setzen. Daher macht unsere Gesellschaft das Prinzip der Autonomie zum Garanten einer für alle akzeptablen Ethik. Hier muss natürlich mit Bedacht werden, dass eine solche Ethik in gewisser Weise eine inhaltliche Resignation darstellte, denn sie würde sich damit allein auf das Verfahren zur Benennung einer Norm einigen. Beim Inhalt dieser Norm würde eine solche Ethik ihre Unzuständigkeit erklären müssen. So setzt diese Konzeption von Autonomie voraus, dass jeder Einzelne beliebig auswählen kann, weil es ja übergeordnete Orientierungen nicht gäbe. Daher ist zu fragen, ob von einer Ethik nicht mehr erwartet werden kann als allein die Einigung auf das Verfahren.
 3. Die ersten beiden Erklärungen für die heutige Betonung der Autonomie als ethisches Prinzip waren eher sozialer Art und stehen in Bezug zu der besonderen Gesellschaftsform der heutigen Zeit. Doch die zentrale Erklärung für die heutige Verwendung ethischer Prinzipien ist in den Traditionen philosophischen Denkens zu suchen. So ist für die heutige Ausbildung des Autonomiegedankens mehr als der Paternalismus und mehr als der Pluralismus vor allem der Einfluss von Immanuel Kant von Bedeutung (auch wenn die moderne Autonomie-Konzeption sich mit der Kantschen nicht mehr deckt [s. Maio 2012]). Die Pflichtenethik von Immanuel Kant nimmt weniger die Individualität des Einzelnen zum Ausgangspunkt als vielmehr die Selbstgesetzlichkeit eines jeden Menschen, die es verbietet, dass der Mensch in den Dienst Dritter gestellt werde. Grundlage ist hier die Anerkennung eines jeden Menschen als ein sittliches Subjekt, woraus die grundsätzliche Unverfügbarkeit des Menschen für Dritte resultiert. Die Autonomie zu respektieren bedeutet nach dieser Konzeption das Verbot der Instrumentalisierung des Menschen. Jede Benutzung des Menschen zu rein subjektäußeren Zwecken wäre nach dieser Konzeption ein Verstoß gegen die Autonomie, weil sie die Selbstzwecklichkeit des Menschen missachtete.

1.4 Das Prinzip des Nichtschadens

Das Prinzip des Nichtschadens gehört zu den ältesten handlungsleitenden Prinzipien der Medizin. Pflichtentheoretisch haben wir es bei dem Nichtschadensprinzip mit einer negativen Pflicht zu tun, mit einer Unterlassungspflicht, die den Vorteil hat, dass sie eine unmittelbare und konkrete Pflicht darstellt. Dem anderen einen Scha-

den zufügen bedeutet, seine Rechte verletzen. Daher beruht das Prinzip des Nichtschadens letztlich auf der Anerkennung der Grundrechte des Anderen. Die Verpflichtung dazu, keinen Schaden zuzufügen, ist somit Resultat einer Anerkennungspflicht.

Mag die Pflicht, keinen Schaden zuzufügen, zwar formal konkret sein, wenn man aber versucht, sie über das Formale hinaus inhaltlich zu füllen, wird man sich sehr bald vom Anspruch einer allgemeinen und universalen inhaltlichen Bestimmung des Schadens befreien müssen und feststellen, dass es so etwas wie einen ganz objektiven und für alle und allezeit gültigen Schaden im Grunde nicht gibt.

Jay Katz hat schon 1972 für eine Einteilung des Schadens anhand der damit verletzten Rechte plädiert. Als wesentliche Rechte benennt Katz das Selbstbestimmungsrecht, das Recht auf psychische Integrität und das Recht auf physische Integrität (Katz 1972). Hieraus wird schon deutlich, wie eng das Prinzip des Nichtschadens mit dem Prinzip der Autonomie verbunden ist. Eine andere Möglichkeit der näheren Bestimmung des Schadens ist vom amerikanischen Bioethiker Meslin entwickelt worden (Meslin 1989: 17ff.). Meslin unterscheidet zwischen objektivem und subjektivem Schaden (s. Tab. 2).

Tab. 2 Schematische Einteilung der Schadensarten (nach Meslin 1989)

Mögliche Definition des Schadens

1. Objective harm

1.1 Impairment of physical function

1.2 Injury

1.3 Setback of interests

2. Subjective harm

2.1 Pain

2.2 Frustration of a preference

2.3 Moral harm

Mit diesen Hinweisen soll deutlich werden, dass die Definierung des Schadens und damit die Konkretisierung des Nichtschadensprinzips eine komplexe Angelegenheit sein kann. Wer auf das Prinzip, nicht zu schaden, rekurriert, müsste demnach näher erläutern können, von welchem Schadensbegriff er ausgeht, um dieses Prinzip argumentativ überzeugend anwenden zu können.

1.5 Das Prinzip der Fürsorge

Beauchamp und Childress haben mit gutem Grund darauf bestanden, dass die Schadensvermeidungspflicht eindeutig von der Pflicht der Hilfe bzw. der Fürsorge³ abgegrenzt wird. Die Unterscheidung zwischen Fürsorge bzw. Hilfe und Schadensvermeidung ist deswegen moralisch so relevant, weil diese beiden Prinzipien pflichtentheo-

3 Synonym wird dieses Prinzip auch als Prinzip des Wohltuns oder als Prinzip der Benefizienz bezeichnet. Manche Autoren subsumieren unter das Prinzip der Fürsorge das Prinzip der Schadensvermeidung und das Prinzip des Wohltuns. Mir erscheint es von der Tradition und der Theorie des Prinzips her gerechtfertigt, unter das Prinzip der Fürsorge allein das sogenannte „principle of beneficence“ zu subsumieren und das Schadensvermeidungsprinzip davon abzugrenzen. Daher wird hier das Prinzip der Fürsorge synonym für „principle of beneficence“ benutzt.

retisch auf zwei unterschiedliche Pflichtarten basieren. Während es sich bei der Schadensvermeidungspflicht um eine negative Unterlassungspflicht handelt, stellt die Pflicht zur Hilfe eine positive Tugendpflicht dar, die im Vergleich zur negativen Pflicht relativ unbestimmt ist. Der wesentliche Unterschied zwischen der negativen Unterlassungspflicht und der positiven Tugendpflicht besteht aber gerade darin, dass die Unterlassungspflicht als Anerkennungspflicht eine stärkere Bindungskraft hat als die Pflicht zur Hilfe. Im Zweifelsfall kommt der Unterlassungspflicht durch ihren Anerkennungscharakter eine stärkere Gewichtung zu als der Tugendpflicht. Es gibt freilich Ausnahmen dieser lexikalischen Ordnung; man denke nur an die Impfpflicht. Vor allem aber ist eine Ausnahme von dieser Hierarchie gerade dann gegeben, wenn die Verpflichtung zur Hilfe nicht mehr als Tugendpflicht gesehen, sondern ihr ein Rechtspflichtcharakter zugesprochen wird. Ein Beispiel für die Hilfsverpflichtung als Rechtspflicht ist die Verpflichtung zur Rettung des Menschenlebens im Notfall. Hier wird dem Helfer sogar ein Schaden zugemutet (z.B. zu spät zur Arbeit zu kommen oder sich den Anzug zu ruinieren), weil das Gut der Lebensrettung sehr hoch ist. Dies zeigt schon auf, dass diese Hierarchie in der Regel zutreffen kann, dass es aber auch hier um die Qualität und das Ausmaß der Hilfe und des Schadens ankommt. Erst die Abwägung dieser beiden Momente wird im Zweifelsfall Klarheit über die tatsächliche lexikalische Ordnung geben. In der Regel, so lässt sich festhalten, kommt der Pflicht zur Hilfe eine geringere moralische Kraft zu als der Pflicht zur Schadensvermeidung. Diese Hierarchie mag in Konflikt geraten mit dem ärztlichen Selbstverständnis, weil gerade der Hilfscharakter ärztlichen Tuns die zentrale Basis der ärztlichen Identität darstellt.

Es besteht ein großer Unterschied zwischen Schadensvermeidungsprinzip und Fürsorgeprinzip. Doch wie sind beide Prinzipien konkret auseinander zu halten? Fällt z.B. die Abwendung eines Schadens von einem Patienten unter das Schadensvermeidungsprinzip oder unter das Prinzip der Fürsorge? Angesichts dessen, dass diese Verpflichtung, wenn wir sie als negative Verpflichtung definieren dürften, eine stärkere Bindungskraft hätte als wenn sie „nur“ eine positive Tugendpflicht bliebe, ist diese Frage für die Klärung vieler medizinethischer Konflikte von ganz entscheidender Bedeutung. Hierzu haben Beauchamp und Childress die in Tabelle 3 dargestellte Klassifikation vorgeschlagen.

Tab. 3 Unterscheidung des Schadensvermeidungsprinzips vom Prinzip der Fürsorge
(nach Beauchamp u. Childress 2013: 115)

I. Nonmaleficence

1. One ought not to inflict evil or harm.

II. Beneficence

1. One ought to prevent evil or harm.
2. One ought to remove evil or harm.
3. One ought to do or promote good.

Das Prinzip des Nichtschadens (s. Tab. 4) bezieht sich allein auf die Verpflichtung der Medizin, von sich aus dem Kranken keinen Schaden zuzufügen.



Die Konkretisierung des Fürsorgeprinzips ist ohne eine Rückbindung an die Werthierarchie des Kranken nicht möglich, weil es letztlich nur von der Perspektive des Patienten selbst abhängt, was konkret eine Hilfe ist und was nur gut gemeint, aber eher eine Belastung oder eine ungerechtfertigte Bevormundung für den Patienten darstellt.

Tab. 4 Pflichtentheoretische Unterscheidung der Schadensvermeidungspflicht von der Pflicht zur Fürsorge

Hilfspflicht	Pflicht des Nichtschadens
Positive Pflicht	Negative Pflicht
Unvollkommene Pflicht	Vollkommene Pflicht
Mittelbare Pflicht	Unmittelbare Pflicht
Tugendpflicht	Anerkennungspflicht
I.d.R. geringe Bindungskraft	I.d.R. hohe Bindungskraft

1.6 Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge



Die Respektierung der Autonomie des Kranken stellt die grundlegendste Maxime ärztlichen Handelns dar. Die Respektierung der Autonomie ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der unhinterfragten Befolgung eines Patientenwillens.

Eine solche Handhabung wäre eine sehr verkürzte Konzeption von Autonomie. Der Respekt der Autonomie erfordert vielmehr ein kritisches Hinterfragen, ob denn alle Bedingungen erfüllt sind, die einen geäußerten Patientenwunsch zu einem autonomen Wunsch machen. Diese Bedingungen zu beurteilen ist im klinischen Alltag oft eine komplexe Herausforderung. Doch selbst wenn alle Bedingungen erfüllt sind, kann die Entscheidung schwierig bleiben. So wird es dem Arzt schwer fallen, den Willen des Patienten zu respektieren, wenn dessen Wille mit anderen medizinethischen Prinzipien in Kollision gerät, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

Fallbeispiel 2

Ein 74-jähriger Mann erleidet bei einem Traktorunfall einen Bruch der Wirbelsäule, bei dem das Rückenmark auf der Höhe des 7. Halswirbelkörpers verletzt wird und eine hohe Querschnittslähmung eintritt, von der beidseitig alle Gliedmaßen betroffen sind. Der Patient kommt im Schock ins Universitätsspital, muss zunächst beatmet werden, erholt sich aber rasch und ist am 3. Tag vollkommen klar und orientiert. Er kann von der Beatmungsmaschine genommen werden, sodass ganz normal mit dem Patienten gesprochen werden kann. Er zeigt sich sehr bestürzt von der Diagnose, die ihm der Oberarzt in aller Ruhe mitteilt. Alle Angehörigen des Patienten sind vor Ort, und er hat Gelegenheit, auch mit diesen in ruhiger Atmosphäre zu sprechen. Weil der Patient vor einem Jahr an einem Lymphknotenkrebs er-

krankt war, hatte er bereits eine Patientenverfügung ausgestellt, in der er für den Fall einer schwerwiegenden Erkrankung das Absehen intensivmedizinischer Maßnahmen verfügt hatte.

Nach anfänglicher Stabilität zeichnete sich am Folgetag eine zunehmende Lähmung auch der Atemmuskulatur ab, sodass eine erneute Beatmung notwendig wurde. Der Arzt teilte dem noch stabilen Patienten mit, dass er sich auf eine erneute Beatmung einstellen müsse. Auf die Frage, ob er denn von der Maschine je wieder weg käme und ob die Lähmung sich gegebenenfalls bessern würde, musste der sehr erfahrene Oberarzt erklären, die Beatmung würde nach menschlichem Ermessen auf Dauer notwendig bleiben, man könne aber ein Heimbeatmungsgerät besorgen. Die Lähmungen jedoch würden aller Voraussicht nach sich nicht zurückbilden; er könne aber mit dem Beatmungsgerät bei vollem Bewusstsein viele Jahre weiterleben. Daraufhin sagt der Patient bei klarem Bewusstsein, er wolle unter den Bedingungen lieber nicht weiterleben, und bittet den Arzt, ihn nicht an die Beatmungsmaschine zu hängen, sondern ihn sterben zu lassen. Der Arzt fragt den Ethiker, ob er denn den Patientenwunsch tatsächlich respektieren soll.

Dem Arzt fällt es hier schwer, keine Beatmung vorzunehmen, weil er weiß, dass er mit der Maßnahme den Patienten retten und ihn sogar zu einem späteren Zeitpunkt bei vollem Bewusstsein mit Heimbeatmungsgerät nach Hause schicken könnte. Es fällt ihm deswegen schwer, weil das Prinzip der Autonomie scheinbar mit dem Prinzip der Fürsorge kollidiert. Von seiner Identität her ist der Arzt auf Heilung und auf Erhaltung des Lebens ausgerichtet. Hier müsste er auf eine solche Erhaltung verzichten, nicht weil die Erhaltung sinnlos wäre, sondern weil der Patient sie nicht möchte. Zur Lösung dieses Falles müsste zunächst geklärt werden, wie selbstbestimmt der Wille ist. Von besonderer Relevanz sind hier das Kriterium des Verstehens und das der Authentizität. Das Kriterium der *Freiwilligkeit* ist nicht sehr strittig, weil die Angehörigen sich liebevoll um ihn kümmern und kein Anlass besteht anzunehmen, dass der Patient nur deswegen den Tod wünscht, weil die Angehörigen ihn dazu bedrängen oder ihm signalisieren, dass sie die Pflege nicht übernehmen wollen. In Bezug auf das *Verstehen* müsste gesichert sein, dass der Patient auch wüsste, wie das Leben mit einem Heimgerät wäre. Er müsste wissen, dass es viele Möglichkeiten gibt, auch in komplett gelähmtem Zustand an der Gesellschaft teilzunehmen, und dass das Heimbeatmungsgerät die Interaktion mit anderen Menschen zulassen würde. Das Kriterium der *Authentizität* ist hier das Schwierigste, weil nicht eindeutig auszumachen ist, ob der Patient die Ablehnung vor dem Hintergrund seines Lebensentwurfs ausspricht oder diese Ablehnung nur im Schock geschieht. Die Tatsache allerdings, dass eine Patientenverfügung vorliegt, spricht eher für eine authentische Willensbildung. Damit kann festgehalten werden, dass hier weitgehend sicher eine autonome Entscheidung vorliegt. Eine Behandlung wäre vor diesem Hintergrund eine Zwangsmaßnahme, die moralisch nicht gerechtfertigt werden kann. Ein Wille muss auch dann berücksichtigt werden, wenn der Arzt ihn nicht teilt. Der Arzt kann sich dem Willen nur dann entgegenstellen, wenn Suizidalität oder Fremdgefährdung vorliegen. Beides scheidet hier aus. Zwar ist der Fürsorgeaspekt des Arztes nicht irrelevant, aber im Vergleich zur Selbstbestimmung des Patienten überwiegt eindeutig die Autonomie. Die Garantenpflicht des Arztes findet dort ihre Grenze, wo sie zur Zwangsbehandlung wird. Daher muss der Arzt auch einen klar formulierten und wohlbegründeten Willen gegen eine ärztliche Behandlung respektieren. Es stellt sich allerdings die Frage, wie viel der Arzt investieren muss, um einem solchen Patienten

neuen Lebensmut zu geben. Ein schematisches Befolgen ohne ernsthaftes Engagement wäre wohl eine fragwürdige Reaktion.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Konflikte zwischen den Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie sind oft dadurch aufzulösen, dass man nochmals nach den Bedingungen für eine autonome Entscheidung fragt. Oft sind diese Bedingungen nicht erfüllt, sodass man dann nicht im Sinne des Patienten handeln würde, wenn man sich auf einen solchen Willen stützte. Im Falle einer tatsächlich autonomen Entscheidung hingegen überwiegt eindeutig das Prinzip der Autonomie, sodass ein Übergehen des Patientenwillens mit dem Argument der Fürsorge moralisch schwer gerechtfertigt werden kann, weil Fürsorge ohne Respektierung der Autonomie nicht denkbar ist.



Die Respektierung der Autonomie des Patienten kann nur in einem umfassenderen Sinne verstanden werden. Sie kann nur dann realisiert werden, wenn der Arzt sich der Belange des Patienten annimmt und versucht, ihm soweit es geht durch die helfende Unterstützung die Autonomie zurückzugeben, die er braucht, um seinen eigenen Weg im Umgang mit der Krankheit zu finden.

1.7 Das Prinzip der Gerechtigkeit

In den letzten Jahren hat die Bedeutung des Gerechtigkeitsprinzips für die Medizin deutlich zugenommen; dies betrifft zum einen den intensiv diskutierten Komplex der gerechten Allokation knapper Organe. Ganz entscheidend hat jedoch gerade die zunehmende Ausrichtung der Medizin an den Gesetzmäßigkeiten der Marktwirtschaft (s. Maio 2014a) dazu beigetragen, dass heute das Prinzip der Gerechtigkeit auch und gerade für die Medizin als ein Kernprinzip betrachtet wird.

Auf das komplexe Feld der Definition von Gerechtigkeit seien hier lediglich einige schematische Schlaglichter geworfen, die aufzeigen sollen, dass es – ähnlich wie bei den anderen Prinzipien – keine Gerechtigkeit als solche gibt, sondern dass je nach Theorie verschiedene Modelle der Gerechtigkeit formuliert werden können. Wenn wir uns allein auf die Verteilungsgerechtigkeit konzentrieren, so lassen sich zumindest die vier folgenden Modelle ausmachen.

1. **Gleichheitsmodell:** Nach diesem Modell ist Gerechtigkeit gerade dann verwirklicht, wenn die größtmögliche Gleichheit erreicht wird. Das heißt, dass Maßstab einer gerechten Zuteilung nur die Gleichverteilung wäre, und zwar ganz unabhängig von den Bedürfnissen oder der individuellen Situation des Patienten. Für die Medizin hat dieses Modell die weitreichende Implikation, dass jeder Patient mit dem gleichen Krankheitsbild zumindest theoretisch den gleichen Zugang zur gleichen Behandlung haben müsste, damit keine Ungerechtigkeit entsteht. Davon unabhängig kann natürlich jeder Patient eine solche Behandlung ablehnen, aber es wäre nach diesem Modell ungerecht, wenn der eine Patient mit derselben Erkrankung eine teure Behandlung bekommt und ein anderer Patient, der gleich betroffen ist, diese aus ökonomischen Gründen nicht erhielte. Das Gleichheitsmodell wird jedoch in der Medizin gerade dort auf Plausibilitätsdefizite stoßen, wo Gleichheit verabsolutiert wird und andere Zuteilungskriterien wie z.B. das der Bedürftigkeit außer Acht gelassen werden.

2. **Freiheitsmodell:** Eine andere Form, Gerechtigkeit zu definieren, besteht darin, sie nicht nach dem Maximum an Gleichheit, sondern nach dem Maximum an Freiheit zu bemessen. Nach einem solchen liberalistischen Konzept wäre Gerechtigkeit am ehesten dadurch zu erreichen, dass jedem die größtmögliche Wahlfreiheit gelassen wird. Bezogen auf die Medizin hätte ein solches Modell am ehesten zur Folge, dass vor allem der Markt und die ökonomische Situation des Patienten die Verteilungsmodi bestimmten.
3. **Effizienzmodell:** Ein weiteres Kriterium der gerechten Zuteilung wäre das Kriterium der Effizienz. Unter Effizienz versteht man ein gutes Verhältnis von Nutzen und Kosten. Eine Behandlung ist dann effektiv, wenn sie ihr gesetztes Ziel erreicht. In der Definition der Effektivität spielt der Aufwand, der für die Erreichung des Zieles aufgebracht werden muss, keine Rolle. Wenn man danach fragt, wie groß der Aufwand sein darf, um das gesteckte Ziel zu erreichen, dann bewegt man sich auf der Ebene der Effizienz. Eine effektive Maßnahme könnte ab dem Moment ineffizient sein, da der Preis, den man für die Maßnahme zahlen müsste, zu hoch wäre. Beispiel: „Um wie viel besser muss die Wirkungsweise eines neuen Arzneimittels gegenüber dem Standardmittel sein, um seinen höheren Preis aufzuwiegen? Wie viel darf eine Behandlung kosten, deren Effektivität nur wahrscheinlich oder nur marginal ist?“ (Birnbacher 2002: 158) Wer Gerechtigkeit nach dem Effizienzmodell bemisst, wird argumentieren, dass es besser wäre, die Ressourcen so zu verteilen, dass aus ihnen der größtmögliche Nutzen generiert werden kann. Im Zweifelsfall würde dieses Modell es zulassen, dass einzelne Patienten auf sinnvolle Maßnahmen verzichten, damit anderen, bei denen der Behandlungserfolg größer ist, eher geholfen werden kann. Der große Nachteil des Effizienzmodells liegt darin, dass er zu einer Benachteiligung einzelner Gruppen führen kann. Der Vorteil ist der, dass dadurch Ressourcen gezielt eingesetzt werden.
4. **Solidaritätsmodell:** Nach dem Solidaritätsmodell hat die Zuteilungsart Vorrang, bei der die Verbesserung der Gesundheit derer, denen es am schlechtesten geht Vorrang hat. Somit ist das Solidaritätsmodell ein Gegenpol zum Effizienzmodell, weil es davon ausgeht, dass eine Einbuße an Effizienz in Kauf genommen werden muss, damit denen zuerst geholfen wird, deren Bedarf am größten ist. Somit ist gerade die Bedürftigkeit das entscheidende Kriterium, wonach sich das Solidaritätsmodell orientiert. Den am meisten Bedürftigen kommt nach diesem Modell eine moralische Priorität zu, und im Interesse dieser Bedürftigen nähme man eine Einbuße an Effizienz, eine Einbuße an Gleichheit und eine Einbuße an Freiheit in Kauf.⁴

Die Darlegung zeigt, dass wir auch und gerade beim Prinzip der Gerechtigkeit inhaltlich noch gar nichts entschieden haben, wenn wir uns auf dieses Prinzip berufen, so lange wir uns nicht festlegen, auf welches Modell von Gerechtigkeit wir rekurren wollen. Es liegt auf der Hand, dass man am ehesten dann zu einer guten Lösung ethischer Konflikte kommt, wenn man lernt, diese vier Gerechtigkeitsmodelle in einem gesunden Verhältnis nebeneinander als allesamt berechnete Modelle betrachtet und je nach Situation dem einen oder dem anderen Modell den Vorzug gibt, ohne die anderen Konzepte je ganz aus den Augen zu verlieren.

⁴ Wie man diese Bedürftigkeit wiederum messen soll und kann, ist eine umstrittene Frage.

1.8 Praktische Anwendung der medizinethischen Prinzipien

Fallbeispiel 3

Ein 48-jähriger Patient mit bekannter alkoholbedingter Leberzirrhose wird vom Hausarzt mit Verdacht auf eine Magenblutung zur weiteren Abklärung in die Notaufnahme eingewiesen. Dort wird der Patient plötzlich blau und trübt ein, sodass er notfallmäßig intubiert und beatmet werden muss. Auf der Intensivstation entwickelt er eine schwere Lungenentzündung (Aspirationspneumonie), die nicht kuriert werden kann. Im weiteren Verlauf entsteht ein akutes Nierenversagen. Die Mutter des Patienten berichtet, er habe in den letzten Wochen mehrfach geäußert, dass er nicht mehr leben und sich zu Tode trinken wolle. Auf der Intensivstation wird diskutiert, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, bei einer sehr eingeschränkten Gesamtprognose so eine extrem teure Behandlung vorzunehmen, die der Patient angesichts seiner Suizidalität sicher nicht gewollt hätte. Daher wurde eine Ethikberatung erbeten.

Dieser Fall ist besonders instruktiv, weil er alle vier medizinethischen Prinzipien berührt. Zunächst zum **Prinzip der Gerechtigkeit**, das den zentralen Beweggrund für das Anfordern einer Ethikberatung dargestellt hatte. Das Argument der Station lautete, dass möglicherweise Ressourcen vergeudet werden, die an anderer Stelle wieder fehlten. Mit dieser Argumentation hatte die Station implizit auf das Effizienz-Modell der Gerechtigkeit rekurriert. Kann ein solches Gerechtigkeitsmodell in dieser Situation tauglich sein? Für den Fall, dass man mit der Weiterbehandlung dem Patienten doch noch eine Hilfe anbieten könnte, wäre es – zumindest für den Arzt als Helfer – sicher nicht zulässig, diese Hilfe dem Patienten nur mit der Begründung vorzuenthalten, dass der Preis dafür der Klinik zu hoch sei. Damit würde man dem Patienten zumuten, dass er auf sein Leben verzichte, um die Effizienz zu steigern oder indirekt anderen Menschen eine „größere“ Hilfe zu ermöglichen. Eine solche Zumutung ließe sich moralisch nicht rechtfertigen, weil das Leben des Patienten für den Patienten selbst alles bedeutet und ihm ein solches Opfer daher nicht abverlangt werden könnte. Daraus lässt sich folgern, dass das Effizienz-Modell allein sicher für solche Situationen kein geeignetes Modell sein kann, um zu einer guten ethischen Lösung zu gelangen.

Wo es in der Medizin um die Hilfe für Menschen in Not geht, kann man kein Gerechtigkeitsmodell wählen, das nicht zumindest in Ansätzen das Solidaritätsmodell zur Grundlage machte, weil man ansonsten in Kauf zu nehmen bereit sein müsste, gerade diejenigen, denen es am schlechtesten geht, im Stich zu lassen. Vor dem Hintergrund des Solidaritätsmodells erschiene es daher sogar geboten, diesem schwerstkranken Patienten die Maßnahmen zukommen zu lassen, die ihm helfen können und entsprechende Engpässe in der Finanzierung eher auf diejenigen zu verteilen, die in einer besseren Verfassung als dieser Patient sind.⁵

So wird deutlich, dass die zentrale Frage weniger die Frage der Ressourcen ist als vielmehr die Frage der Sinnhaftigkeit der Weiterbehandlung. Ist überhaupt von einem Nutzen für den Patienten auszugehen? Wie würde man hier den Nutzen definieren?

5 Natürlich bleibt die Frage offen, wie sicher ein Nutzen erwartet werden darf, um überhaupt als Nutzen bewertet zu werden. Wenn trotz aller prognostischen Unsicherheit zumindest nach menschlichem Ermessen ein Nutzen nicht zu erwarten ist, muss die Sinnlosigkeit der Behandlung zugestanden werden.

Was ist das Therapieziel? Und so kommen wir zum **Prinzip der Fürsorge**. Das Unbehagen des Behandlungsteams bezog sich explizit auf die Ressourcen aber implizit doch eher auf das Fürsorge-Prinzip, weil offensichtlich unausgesprochen Konsens darüber herrschte, dass selbst eine Fortsetzung der Maximaltherapie auf Intensiv für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten würde, nachdem mit dem Ausfall von Leber, Lunge und Niere ein Multiorganversagen vorlag. Ab dem Moment, da die Sinnlosigkeit der Behandlung zugestanden wird, ist es notwendig, das Prinzip der Fürsorge nicht mehr im Anbieten von (kurativ ausgerichteten) Behandlungsstrategien, von Apparaten und invasiven Maßnahmen realisiert zu wissen. Vielmehr ist es in einem solchen Falle notwendig, ein neues (palliatives) Therapieziel zu definieren und das Prinzip der Fürsorge nunmehr in einer ganz anderen Ausrichtung zu sehen, nämlich in der Konzentration auf die Linderung von Symptomen, in der Betonung der menschlichen Zuwendung und in der Förderung der Haltung des Geschehenlassens, des Zulassens, des In-Ruhe-Abwartens.

Ab dem Moment, da im Team klar wurde, dass man in der Tat kein kuratives Therapieziel mehr hatte – weil alle davon überzeugt waren, dass dieser Patient nie mehr von der Beatmungsmaschine wegkommen würde –, war auch allen klar, dass die Maximaltherapie nicht weiter fortgesetzt werden dürfte. Diese Überzeugung hängt auch damit zusammen, dass in diesem Falle neben dem Prinzip der Fürsorge auch das **Prinzip der Schadensvermeidung** ins Spiel kommt, denn eine Fortsetzung einer sinnlosen Behandlung bedeutet ja nicht nur einen unnötigen und damit ungerechten Verbrauch von Ressourcen, sondern – was noch viel schwerer wiegt – eine Zufügung von Schaden. Die künstliche Beatmung ist für sich genommen belastend und das Aufhalten eines Sterbeprozesses ist es ebenso. Der Patient würde durch Fortsetzung der Maximaltherapie am Sterben gehindert, ihm würde dadurch etwas zugemutet, ohne dass man ihm auf der Gegenseite einen nennenswerten Benefit von dieser belastenden Behandlung anbieten könnte. So wird deutlich, dass es vor allem das Zusammenkommen des Prinzips der Schadensvermeidung und des Prinzips der Fürsorge ist, was den Ausschlag für eine Therapiebegrenzung hier geben müsste.

Schließlich – und nicht zuletzt – ist auch das **Prinzip der Autonomie** in diesem Fall tangiert. Das Behandlungsteam verweist auf die Suizidalität des Patienten als Argument für das Sistieren der Therapie. Eine solche Argumentation ist nicht stichhaltig. Ein suizidaler Patient kann nicht zwangsläufig beanspruchen, dass seinem Sterbewilligen Folge geleistet werde. Vielmehr bedeutet die Suizidalität einen Auftrag, alles zu tun, um den Patienten aus seiner Verzweiflung herauszuholen.⁶ Wenn das Prinzip der Autonomie hier tangiert ist, dann nicht im Kontext der Suizidalität, sondern in dem Sinne, dass bei gegebener Sinnlosigkeit der Behandlung davon auszugehen ist, dass der Patient – selbst wenn er nicht suizidal wäre – immer noch vorziehen würde zu sterben, weil das weitere Verhindern des Sterbens ohne Therapieziel einer Instrumentalisierung seiner Person gleichkäme.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie die Prinzipienethik dazu beitragen kann, eine schwierige Entscheidungssituation so zu strukturieren, dass nach Durchdeklinierung der verschiedenen Prinzipien die Lösung des ethischen Konfliktes leichter fällt, allein weil die Anwendung der Prinzipien die Problemstruktur deutlicher werden lässt.

⁶ Ein schwieriges Problem stellen die so genannten Bilanzsuizide dar, die eben nicht aus Verzweiflung, sondern als Folge einer rationalen Abwägung entstehen.

1.9 Weitere medizinethische Methoden

Mit den vier erläuterten Prinzipien sind Grundlagen der ethischen Argumentation benannt, deren Kenntnis für die Klärung vieler ethischer Problemfelder in der Medizin hilfreich sein kann. Gleichwohl muss bei der Beschäftigung mit diesen Prinzipien mit bedacht werden, dass eine solche Prinzipienethik zwar einen einflussreichen, aber eben doch nur einen Ansatz unter anderen darstellt, medizinethische Problemfelder zu lösen. Ein zentraler Kritikpunkt an der Prinzipienethik ist, dass die Prinzipien der Komplexität der Entscheidungssituationen oft nicht gerecht werden können, weil sie wenig empfänglich sind für den wertbeladenen Kontext, in dem Entscheidungen abverlangt werden. Aus diesem Defizit heraus haben manche Medizinethiker alternative methodische Zugänge entwickelt, wovon eine Auswahl kurz dargelegt werden soll.

1. Eine prominente alternative Methode der Medizinethik ist die **narrative Medizinethik**. Diese lenkt den Fokus weg von abstrakten Theorien hin zur individuellen Interpretation. Maßgeblich für die narrative Ethik ist das dem Patienten eigene Deutungsmuster, das letztlich als Produkt der Lebensgeschichte des Patienten verstanden werden kann. Nach der narrativen Ethik kommt es somit auf die Vergegenwärtigung der dem Patienten spezifischen Lebens- und Krankengeschichte an, und nur aus dem Verstehen dieser Geschichte lässt sich das ethische Problem lösen (Maio 2015).
2. Ein anderer methodischer Zugang ist die **Fürsorgeethik**. Ähnlich wie die narrative Ethik übt auch die Fürsorgeethik („care ethics“) Kritik an der Kontextarmut der Prinzipienethik und hebt den relationalen und auch sozialen Kontext medizinethischer Probleme hervor. Sie orientiert sich vornehmlich an den Beziehungen, in denen der Patient steckt, und betont weniger die rationale Struktur der Entscheidungen als vielmehr die emotionalen Antworten der Individuen mit ihren je eigenen Selbstverständnissen. Das Bewusstsein um die gegenseitige Abhängigkeit der Menschen bildet eine Grundlage der Fürsorgeethik. Die Konflikte werden weniger durch die Herstellung einer objektiven Distanz (Analyse und Anwendung von Prinzipien) gelöst als durch den Appell an geteilte Intuitionen und durch das empathische Sicheinbringen für den Anderen.
3. Eine weitere gar nicht so neue Bioethik-Methode stellt die **Kasuistische Medizinethik** dar. Nach diesem Ansatz lassen sich medizinethische Konflikte lösen, indem man sich an paradigmatischen Fällen orientiert. Die Kasuistische Bioethik geht davon aus, dass der einzelne Fall aus der Kenntnis der Palette von denkbaren Fallgeschichten gelöst werden kann. Dieser Ansatz ist ein dem Pragmatismus verschriebener Ansatz, bei dem es weniger um die Anwendung von Prinzipien geht als vielmehr um eine handhabbare Lösung. Genauso wie die Philosophie des Pragmatismus ihren Ursprung im angloamerikanischen Raum hat, hat auch dieser Ansatz vor allem in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien eine große Anhängerschaft.

Jeder Ansatz geht zwangsläufig mit einem partikularen Blick auf das medizinethische Problem einher. Zur Lösung medizinethischer Probleme ist man gut beraten, alle vier medizinethischen Ansätze im Kopf zu behalten und je nach Problemlage dem einen oder dem anderen Ansatz den Vorzug zu geben, ohne die anderen Methoden ganz unberücksichtigt zu lassen. Die adäquate Wahl der ethischen Methode wird umso

leichter fallen, je mehr man sich die Eigenart und das Spezifische der heilenden Berufe klarmacht.

1.10 Zur Kernidentität der Medizin



Die Kernaufgabe der Medizin besteht darin, eine Antwort auf die Angewiesenheit des Menschen zu geben. Diese Antwort kann nur die absolute Zusicherung sein, das medizinische Wissen in den Dienst des notleidenden Menschen zu stellen.

Der Patient stellt für den Arzt wie für die Pflege ein moralisch verwandtes Gegenüber dar, ein Wesen, das allein durch sein Sein, durch seine Not, durch sein Leiden einen Behandlungsimperativ auslöst.

Der Kern dessen, was Medizin ausmacht, liegt möglicherweise gerade in dieser Bedingungslosigkeit, mit der die Medizin dem Krankgewordenen – ohne sich seiner zu bemächtigen – eine Hilfsantwort gibt (s. Maio 2012). Da der Mensch in Not sich seinen Arzt nicht frei aussuchen kann, sondern darauf angewiesen ist, dass er ganz gleich wo er in Not gerät einen Arzt findet, der ihm beisteht, kann das Hilfeversprechen nicht nur ein persönliches Versprechen eines einzelnen Arztes, sondern muss ein kollektives Versprechen sein, das jeder allein dadurch gibt, dass er sich als Arzt bezeichnet. Pellegrino spricht hier von einem „öffentlichen Bekenntnisakt“ (Pellegrino 2005: 39), das vom Arztsein ausgeht. Das öffentliche Bekenntnis bezieht sich nicht darauf, den Kranken in jedem Fall zu heilen, oder auf die Zusicherung, dass die ärztliche Behandlung auch glückt. Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfeversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrunde liegende Motivation zur Hilfe. Daher realisiert sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel, sondern der eigentliche Kern der Medizin liegt in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit. Ab dem Moment, da das medizinische Handeln nicht mehr primär von der Motivation zur Hilfe getragen ist, hat sich die Medizin als Medizin aufgelöst, ganz gleich welche medizinischen Apparaturen dabei auch eingesetzt werden mögen.

Für die Notfallmedizin bedeutet dies, dass gerade eine gute Medizin nur dann realisiert werden kann, wenn sie vollzogen wird von Menschen, die Medizin nicht als Anwendung von abstraktem Faktenwissen begreifen (Maio 2014b), sondern die von der Motivation getragen sind, Menschen in Krisensituationen helfende Unterstützung zu bieten. Die Förderung dieser Grundmotivation und die Herausbildung eines ethischen Sensoriums für die den praktischen Handlungen zugrunde liegenden anthropologischen Fragen wird es leichter machen, in den schwierigen Entscheidungsfindungen in der Notfallmedizin mehr Orientierung zu haben. Gute Entscheidungen in der Notfallmedizin bedürfen einer ethisch sensiblen praktischen Urteilskraft, die nur aus der Erfahrung heraus generiert werden kann. Da wären alle Ansätze einer Standardisierung kein Fortschritt, sondern ein ethischer Rückschritt.

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics. 7th edition. Oxford University Press, Oxford
- Birnbacher D (2002) Krankheitsbegriff, Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung. In: Brand A, von Engelhardt D, Simon A, Wehkamp K-H (Hg.) Individuelle Gesundheit versus Public Health? Lit-Verlag, Münster, S. 152–163
- Deichgräber K (1983) Der hippokratische Eid. Hippokrates, Stuttgart
- Katz J (1972) Experimentation with human beings. Russell Sage, New York
- Maio G (1997) Der Blick zurück als Zukunft der medizinischen Ethik? Entwicklungen und Grenzen der „Bioethik“. In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg.) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck u. Ulm, S. 91–110
- Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart
- Maio G (2014a) Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Suhrkamp, Frankfurt
- Maio G (2014b) Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. Trias, Stuttgart
- Maio G (2015) Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Herder, Freiburg
- Meslin EM (1989) Protecting human subjects from harm in medical research. Phil. Diss. Georgetown
- Pellegrino ED (2005) Bekenntnis zum Arztberuf und was moralisch daraus folgt. In: Thomas H (Hrsg.) Ärztliche Freiheit und Berufsethos. J.H. Röll, Dettelbach, S. 17–60
- Schöne-Seifert B (1996) Medizinethik. In: Nida-Rümelin J (Hrsg.) Angewandte Ethik. Kröner Verlag, Stuttgart, S. 552–648



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.

Studierter Philosoph, Arzt mit internistischer Ausbildung und Professor für Medizinethik an der Universität Freiburg; seit Dezember 2005 Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg. Seit April 2006 Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Seit 2007 berufenes Mitglied des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, Berater der Deutschen Bischofskonferenz.

© Oliver Lieber