

# 1 Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin

Georg Marckmann und Jan Schildmann

Die Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Menschen und das für Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehende breite Spektrum medizinischer Möglichkeiten sind Charakteristika der Intensivmedizin. Beide Kennzeichen bilden häufig den Ausgangspunkt für ethisch relevante Fragen. Auf welcher Grundlage sollen Entscheidungen über lebensrettende Therapien getroffen werden, wenn über den Willen des Patienten nichts bekannt ist? Welche ethischen Gründe gibt es für eine Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen? Anhand welcher ethischen Kriterien soll entschieden werden, wenn aus medizinischer Sicht mehrere Patienten eine Intensivtherapie benötigen, aber nur noch ein Bett auf der Intensivstation verfügbar ist?

Ethische Leitlinien und zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen sind Beleg für eine differenzierte Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen in der Intensivmedizin. Dieses Eingangskapitel soll, in der gebotenen Kürze, eine theoretische und methodische Einführung in die Reflexion ethischer Fragen bieten. Auf diese Weise sollen Kenntnisse, die für die Identifizierung und Bearbeitung ethischer Problemstellungen (in der Intensivmedizin) notwendig sind, vermittelt werden. Im Folgenden werden zunächst wichtige Grundfragen und Begriffe der Ethik sowie Grundtypen ethischen Argumentierens erläutert. Anschließend werden Aufgaben, Gegenstand und Methoden der Ethik in der Medizin vorgestellt.

## 1.1 Grundfragen der Ethik

Die Ethik beschäftigt sich allgemein mit der Frage: Wie soll ich (bzw. wie sollen wir) handeln? Sie fragt nicht nach dem was ist, sondern nach dem, was sein soll. Sie versucht zu klären, was moralisch richtig oder falsch, gut oder

schlecht, geboten oder verboten, bzw. gerecht oder ungerecht ist. Im medizinischen Bereich widmet sich die Ethik z. B. der Frage, welche der verfügbaren Behandlungsoptionen bei einem Patienten moralisch zu bevorzugen ist. Dabei gehört es zu den Kernaufgaben der Ethik, diese Urteile zu begründen: Warum ist eine bestimmte Handlung moralisch geboten? Warum soll ich in dieser oder jener Weise handeln? Ethische Theorien wie die Kantische Ethik oder der Utilitarismus liefern allgemeine Kriterien für *moralisch richtig, gut oder gerecht* und wollen insbesondere dort Orientierung bieten, wo unsere moralischen Alltagsüberzeugungen unsicher oder widersprüchlich sind. Beispiele sind der kategorische Imperativ in der Kantischen Ethik und das Prinzip der Nutzenmaximierung im Utilitarismus (s. u.).

### 1.1.1 Ethik und Moral

Während die Begriffe Ethik und Moral in der Alltagssprache häufig synonym verwendet werden, konnte sich in der Philosophie eine klare Unterscheidung zwischen Ethik und Moral etablieren. Unter *Moral* versteht man die in einer bestimmten Gemeinschaft verbreiteten sittlichen Phänomene, wie moralische Überzeugungen, Regeln, Normen, Wertmaßstäbe und Haltungen. Die 10 Gebote sind z. B. ein wesentlicher Bestandteil der christlichen Moral. Die Autonomie des Patienten zu respektieren, ist ein moralisches Gebot für den medizinischen Bereich. *Ethik* bezeichnet demgegenüber die (philosophische) Reflexion über Moral. Während die Moral angibt, was moralisch richtig oder falsch ist, versucht die Ethik zu begründen, *warum* etwas als moralisch richtig oder falsch gelten soll. Sie hinterfragt und klärt die Anwendung allgemeiner moralischer Gebote. So würde die Ethik z. B. fragen, *warum* die Autonomie des Patienten zu respektieren ist oder wie die Autonomie eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten gewahrt werden kann.

**!** Obgleich die Ethik eine Teildisziplin der Philosophie ist („Moralphilosophie“), ist das Reflektieren über moralische Fragen kein Privileg der Philosophen. Jeder im Gesundheitswesen Tätige kann über die moralischen Fragen in seinem Berufsalltag nachdenken, Handlungsoptionen analysieren und am Ende zu einer ethisch gut begründeten Entscheidung kommen.

### 1.1.2 Bedingungen gegenwärtiger Ethik

Die philosophische Ethik kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Aristoteles etablierte sie im 4. vorchristlichen Jahrhundert als ein eigenes Teilgebiet der Philosophie; die Ethik sollte angesichts der neu entstandenen griechischen Stadtgesellschaft die herkömmliche Moral, wie sie sich in Sitten und

Gebäuden ausdrückte, auf ihren vernünftigen Sinn hin überprüfen. Vor allem entwickelte er Vorstellungen über ein gutes und gelingendes Leben und die Möglichkeiten, unter denen es zu führen sei.

Im Vergleich zur Antike hat die *Pluralität* der Vorstellungen vom guten Leben in der Neuzeit zugenommen; zugleich verblasst die Autorität traditioneller, insbesondere religiös begründeter Normensysteme in der Gesellschaft. Durch das Fehlen einer umfassenden, allgemein verbindlichen Moralinstanz bekommt die Ausdifferenzierung zwischen *evaluativen* Fragen des guten Lebens und *normativen* Fragen des moralisch Richtigen in der Ethik eine zunehmende Bedeutung. Evaluative Aussagen beziehen sich zumeist auf bestimmte Vorstellungen des guten und gelingenden Lebens und haben als solche den Status von Empfehlungen oder Ratschlägen. Normative Aussagen über das moralisch Richtige oder Falsche beanspruchen hingegen allgemeine Geltung, unabhängig von individuellen Konzeptionen des Guten. Diese Differenzierung ist auch im Bereich der Medizinethik relevant. Beim Respekt der Selbstbestimmung des Patienten handelt es sich zum Beispiel um ein normatives Prinzip mit allgemeinem Geltungsanspruch, während die Frage, ob ein schwerkranker Patient eine lebensverlängernde Maßnahme noch als einen Nutzen empfindet, nur mit Bezug auf seine Vorstellungen eines guten Lebens zu beantworten ist. Sie stellt eine evaluative Frage dar, die in der Regel jeder Einzelne selbst beantworten sollte.

Gekennzeichnet ist die gegenwärtige Ethik überdies durch eine zunehmende Anwendungsorientierung. Angesichts der vielfältig ausdifferenzierten und oft sehr komplexen Praxisfelder der modernen, technisierten Welt ist die bloße Anwendung allgemeiner ethischer Grundsätze auf bestimmte Bereiche kaum mehr ausreichend. Die Ethik differenzierte sich deshalb in verschiedene Bereichsethiken aus, die sich den spezifischen ethischen Problemstellungen der jeweiligen Praxisfelder widmen [zur Übersicht vgl. den Sammelband von 1]: Neben der Medizin- und Bioethik seien beispielhaft die Technikethik, die ökologische Ethik, die Wirtschaftsethik und die Tierethik erwähnt.

### 1.1.3 Bereiche ethischer Reflexion

Die Ethik wird entsprechend ihrer unterschiedlichen Aufgaben traditionell in drei Gebiete unterteilt. Die *Metaethik* klärt Begriffe und Regeln moralischer Argumentationen. Ein Beispiel für Fragen, die in diesem Gebiet beantwortet werden sollen, ist die nach der Möglichkeit einer rational begründbaren Ethik. Die *deskriptive* Ethik, als zweites Teilgebiet, sucht die empirisch vorhandenen moralischen Haltungen und Überzeugungen zu beschreiben und in ihren historischen, soziologischen und psychologischen Zusammenhängen zu klären. Ein Beispiel für entsprechende empirische Untersuchungen sind Befragungen von Mitarbeitenden der Intensivmedizin zu ihren moralischen Bewertungen unterschiedlicher Typen der Sterbehilfe. Die *normative* Ethik schließlich will moralische Urteile und Einstellungen philosophisch begründen und dafür

Kriterien der moralischen Beurteilung entwickeln. Dabei strebt sie auch eine systematische Kritik und Begründung moralischer Positionen an. Die normative Ethik würde zum Beispiel fragen, ob die Tötung auf Verlangen als eine Form der Sterbehilfe moralisch vertretbar ist. Die ethisch-normative Analyse erfordert neben Kenntnissen von Theorien und Methoden des ethischen Argumentierens, wie sie im folgenden Abschnitt dargestellt werden, auch gute Kenntnisse der moralisch relevanten Fakten einer zu untersuchenden Praxis.

### 1.2 Grundtypen ethischen Argumentierens

Drei Hauptmodelle ethischen Argumentierens kann man idealtypisch unterscheiden, die sich jeweils auf unterschiedliche Aspekte einer Handlung beziehen. *Deontologische* Ethikansätze (griech. to deon: die Pflicht) fragen, ob die Handlung den moralischen Pflichten entspricht. *Konsequenzialistische* Ethiken beurteilen eine Handlung hingegen allein nach der moralischen Qualität ihrer Folgen (Konsequenzen). Die *Tugendethik* stellt schließlich den Charakter des Handelnden in den Mittelpunkt und fragt, ob seine Haltungen, Einstellungen und Dispositionen moralisch angemessen sind. Die Unterscheidung zwischen deontologischer, konsequenzialistischer und Tugendethik spielt nicht nur in der Moralphilosophie eine Rolle, sondern charakterisiert gleichermaßen drei verschiedene Arten moralischer Argumentation im Alltag (zur Übersicht vgl. Tab. 1). Bezeichnen wir eine Handlung als moralisch richtig, weil sie pflichtgemäß ist, weil sie das beste Ergebnis hervorbringt oder weil sie in angemessener Haltung des Handelnden vorgenommen wurde? Auch in vielen medizinethischen Kontroversen finden sich die unterschiedlichen Argumentationsformen wieder. So treffen z. B. bei der Frage der Verteilung knapper Spenderorgane deontologische Argumente (gleiche Chance, ein Organ zu erhalten) und konsequenzialistische Argumente (den Gesamtnutzen durch die Organe maximieren) aufeinander. Bei Fragen der Therapiebegrenzung am Lebensende treffen deontologische Argumente wie das Gebot, menschliches Leben zu erhalten oder die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren, auf konsequenzialistische Argumente, die sich auf die Folgen des Einsatzes lebensverlängernder Maßnahmen beziehen (z. B. Leiden des Patienten verlängern). Zudem kann man eine Entscheidung danach beurteilen, in wie weit die Haltungen (Tugenden) der beteiligten Personen angemessen war. Haben sie ihre Entscheidung z. B. mit größter Sorgfalt und Umsicht getroffen oder nicht? Die drei Argumentationsmodelle seien im Folgenden näher erläutert.

#### 1.2.1 Deontologische Ethik

Das bedeutendste Beispiel einer deontologischen Ethik stammt von Immanuel Kant. Er setzte voraus, dass der Mensch als Vernunftwesen zur freien Willensentscheidung fähig ist. Hier liegt nach Kant der Ursprung aller Moral, in der

## 1.2 Grundtypen ethischen Argumentierens

Tab. 1 Ethische Theorie-Familien in der Übersicht (modifiziert nach Pellegrino 1995, The Moral Event): Unterschiedliche ethische Theorien nehmen jeweils einen anderen Aspekt der moralischen Entscheidungssituation in den Blick.

	Handlungssubjekt	Handlung	Folgen
Theorie	Tugendethik	Deontologische Ethik	Konsequenzialistische Ethik
Fokus	Charakter-Eigenschaften	Pflichten (Regeln, Gebote)	Auswirkungen von Handlungen
Beispiele	Wahrhaftigkeit, Einfühlungsvermögen, Vertrauenswürdigkeit	Selbstbestimmung des Patienten respektieren; Leben erhalten	Abwägung von Nutzen und Schaden intensivmedizinischer Maßnahmen

Autonomie des Willens, in der Fähigkeit, nach selbst auferlegten Gesetzen unabhängig von sinnlichen Antrieben zu handeln, kurzum: in der Freiheit des Menschen. Für Kants Überlegungen war begründungstheoretisch auch David Humes Einsicht entscheidend, dass das moralische *Sollen* nicht aus dem empirisch zu erfassenden *Sein* der Wirklichkeit zu folgern ist (Sein-Sollen-Dichotomie). Kant suchte ein von den konkreten Handlungsbedingungen und -folgen unabhängiges, oberstes Moralprinzip – den kategorischen Imperativ –, von dem her alles Handeln seine Orientierung erhalten soll. Er forderte, dass die gewählten Handlungsmaximen grundsätzlich verallgemeinerbar sein sollten:

*„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, GMS IV, 421)*

Anstatt inhaltlich schon bestimmte Maximen vorzugeben, dient der kategorische Imperativ vielmehr als formales Prüfverfahren für die moralische Zulässigkeit von Maximen, d. h. subjektiven Handlungsgrundsätzen.

In einer anderen Variante des kategorischen Imperativs, der so genannten „Selbstzweckformel“, wendet sich Kant gegen die ausschließliche Instrumentalisierung von Personen. Als vernünftige Wesen können wir gar nicht anders, als auch anderen Vernunftwesen Würde zuzuerkennen, also in einem Verhältnis wechselseitiger Anerkennung mit ihnen zu leben.

*„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals nur als Mittel brauchst.“ (Kant, GMS IV 429)*

Mit „Menschheit“ meint Kant dabei die Fähigkeit, Zwecke zu setzen, also besser verstanden als „Menschhaftigkeit“.

Auch wenn Kants philosophische Begründung seit ihrem Erscheinen kontrovers diskutiert wird, so sind doch zentrale Elemente seiner Ethik nicht nur historisch interessant. Die sog. „Selbstzweckformel“ des kategorischen

Imperativs spielt in der philosophischen Diskussion um die Menschenwürde und die Menschenrechte eine zentrale Rolle und ist damit auch in der Medizin, insbesondere in der Forschung am Menschen, von maßgeblicher Bedeutung. Desgleichen besitzen die von Kant geforderte Distanzierung von subjektiven Wünschen und Präferenzen sowie die Verallgemeinerungsfähigkeit von gewählten Handlungsgrundsätzen (Maximen) in der zeitgenössischen Ethik nach wie vor einen hohen Stellenwert.

### 1.2.2 Konsequentialistische Ethik

Der Konsequentialismus bezeichnet eine Familie ethischer Theorien, bei denen die *Handlungsfolgen* maßgeblich für die moralische Bewertung einer Handlung sind. Eine der bekanntesten Formen der konsequentialistischen Ethik ist der Utilitarismus, der ursprünglich auf die britischen Philosophen Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgwick zurückgeht. Dem Utilitarismus zufolge ist diejenige Handlung moralisch richtig, die das Wohlergehen aller von einer Handlung Betroffenen *insgesamt* maximiert. Diese ethische Grundregel kann nicht nur auf einzelne Handlungen angewendet werden, sondern auch auf gesellschaftliche Institutionen und Verfahren.

Der Utilitarismus ist durch vier Teilelemente gekennzeichnet:

1. Die moralische Bewertung einer Handlung ergibt sich aus ihren Folgen (*Folgenprinzip*).
2. Diese Folgen werden nach ihrem Nutzen bewertet (*Nutzen- oder Utilitätsprinzip*).
3. Entscheidend ist dabei der Nutzen für das, was an sich, d. h. unabhängig von bestimmten Zielen und Zwecken gut ist. Der klassische Utilitarismus geht hier von einem hedonistischen Menschenbild aus, das durch die Vermehrung von Lust und die Vermeidung von Unlust charakterisiert ist: Als intrinsisch gut gilt folglich ausschließlich das individuelle Wohlergehen (*hedonistisches Prinzip*).
4. Maßgeblich ist aber nicht allein das Wohlergehen des Handelnden, sondern die Summe der individuellen Wohlergehen aller Betroffenen (*Aggregationsprinzip*).

Obwohl das Kriterium der Nutzenmaximierung gerade unter Knappheitsbedingungen intuitiv einleuchtend erscheint, ergeben sich bei der praktischen Anwendung verschiedene, zum Teil bis heute nicht zufriedenstellend gelöste Schwierigkeiten. Ein Hauptproblem liegt in der inhaltlichen Bestimmung des Nutzens. Grundsätzlich kommen hier drei verschiedene Kriterien in Betracht:

1. das subjektive Wohlbefinden (wie im klassischen Utilitarismus),
2. die Erfüllung von Wünschen und Präferenzen (sog. Präferenzutilitarismus) oder
3. objektive Kriterien des Wohlergehens.

Unklar bleibt darüber hinaus, wie man das Wohlergehen verschiedener Individuen aggregieren kann und welche Folgen und Nebenfolgen beim Nutzenskalkül jeweils zu berücksichtigen sind. Der stärkste Einwand dürfte jedoch ein ethischer sein: Der Utilitarismus berücksichtigt ausschließlich die *Nutzensumme*, aber nicht die *Nutzenverteilung* und vernachlässigt damit einen wesentlichen Aspekt der Moral, die Verteilungsgerechtigkeit. Im Gesundheitswesen ist das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung vor allem bei der Verteilung begrenzter Ressourcen relevant. So wird z. B. kontrovers diskutiert, welche Rolle das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Bestimmung des Leistungsumfanges der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung spielen soll. Auch bei der Allokation von Spenderorganen spielt die Erfolgsaussicht und damit der erzielbare Gesamtnutzen – neben der Dringlichkeit der Behandlung – eine wesentliche Rolle.

### 1.2.3 Tugendethik

Tugendethische Ansätze, die in ihren Ursprüngen auf Platon und vor allem dessen Schüler Aristoteles zurückgehen, haben nicht nur im Bereich der Medizinethik eine gewisse Renaissance erfahren. Im Kern beinhaltet die antike Tugendlehre die Idee, dass die bewusste Formung charakterlicher Anlagen in Hinblick auf bestimmte Herausforderungen für die Handlungsorientierung entscheidend sei. So gelten die vier Kardinaltugenden Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Besonnenheit als erstrebenswerte Auszeichnungen einer Person, die in alltäglichen wie außergewöhnlichen Situationen gleichermaßen handlungsleitend sein sollen. Es geht im aristotelischen Ansatz um die Fähigkeit, klug die Realität auf das mögliche Gute hin einschätzen zu können, sodass man gerecht gegenüber sich und anderen handelt. Die tugendhafte Haltung macht es demnach ohne weiteres Regel- oder Pflichtwerk möglich, die Mitte zwischen dem Übermäßigen wie dem Mangelhaften im Handeln jeweils neu zu finden.

Der Tugendkanon erfuhr später vielfache Erweiterungen, so durch die christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung; in der Aufklärungszeit zählte man vor allem noch die Toleranz zum Kanon der geforderten Haltungen hinzu, die nicht aus Pflicht, sondern aus Einsicht in ihren genuinen Sinn einzuüben waren.

Die neueren Konzepte der Tugendethik im Bereich der Medizin distanzieren sich vor allem von der alleinigen Orientierung an strikten Regel- und Pflichtenkatalogen, die der Komplexität und Variabilität der Handlungssituationen kaum mehr gerecht werden können und mit der Persönlichkeit des Handelnden ein wesentliches Element der Moralität unberücksichtigt lassen. Eine sittliche Grundhaltung, die zum guten Handeln disponiert, sei vielmehr geeignet, den situativ wechselnden Anforderungen im medizinischen Bereich zu entsprechen. Die amerikanischen Ethiker Edmund D. Pellegrino und David C. Thomasma (1993) entwickelten z. B. eine ärztliche Tugendlehre, nach

der ein tugendhafter Arzt die Veranlagung besitzt, gewohnheitsmäßig zum Wohl des Patienten zu handeln. Allerdings fehlen einer Tugendethik verallgemeinerbare Kriterien, um in Konfliktfällen beurteilen zu können, welche Handlung moralisch konkret geboten ist. So räumen auch Pellegrino und Thomasma ein, dass ihr tugendethischer Ansatz der Ergänzung bedarf. Angesichts der eingeschränkten Regelbarkeit ethischer Herausforderungen in der modernen Medizin kommt aber der moralischen Einstellung und Grundhaltung der Akteure dennoch eine wesentliche Bedeutung zu.

### 1.3 Aufgabe, Gegenstand und Methoden der Ethik in der Medizin

#### 1.3.1 Ethik in der Medizin als angewandte Ethik

Die ältesten überlieferten Ansätze im europäischen Kulturraum, ärztliches Handeln in moralischer Hinsicht zu normieren, finden sich mit dem Hippokratischen Eid bereits in der Antike. Diese traditionelle Medizinethik beschränkte sich jedoch weitgehend auf professionsinterne Regelungen, die festlegten, wie sich Ärzte zueinander und gegenüber anderen – im Sinne eines Standesethos – verhalten sollten.



*Als eigenständige akademische Disziplin, die mit wissenschaftlicher Methodik die moralischen Fragen und Konflikte im gesamten medizinischen Bereich reflektiert, entstand die Medizinethik erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.*

Die Gründe für diese Entwicklung sind weithin bekannt: Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet neue Handlungs- und Eingriffsmöglichkeiten, die nicht nur unsere moralische Urteilsfähigkeit, sondern auch das menschliche Selbstverständnis in besonderer Weise herausfordern. Beispielhaft erwähnt seien die intensivmedizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung (z. B. die künstliche Beatmung), die Organtransplantation, die künstliche Befruchtung oder die Diagnostik des menschlichen Genoms. Dass die verfügbaren medizinischen Maßnahmen auch tatsächlich eingesetzt werden sollen, versteht sich nicht mehr von selbst, sondern erfordert häufig eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken. Gleichzeitig sind moderne Gesellschaften durch eine Pluralität von Wertüberzeugungen und Lebensformen gekennzeichnet. Auf einen gesellschaftlichen Konsens kann in vielen moralischen Streitfragen im biomedizinischen Bereich nicht mehr zurückgegriffen werden. Die anhaltenden Debatten um den moralischen Status des Embryos oder die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen mögen dies exemplarisch verdeutlichen. Auch das Arzt-Patient-Verhältnis hat sich gewandelt: Die ärztliche Entscheidungsautorität bleibt nicht mehr unhinterfragt, die Selbstbestim-



mung der Patienten gewinnt an Gewicht, der Patient wird zunehmend gleichberechtigter Partner in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess.

Während die klassische Medizinethik vor allem ethische Fragen im Bereich von Diagnostik und Therapie behandelt, ist der Anwendungsbereich der heutigen Ethik in der Medizin breiter gefasst, weshalb man häufig auch von einer „Ethik im Gesundheitswesen“ spricht. Als Bereichsethik befasst sie sich mit allen moralischen Fragen und Problemen, die in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens auftreten, und thematisiert vor allem auch ethische Fragen der Organisation von Gesundheitsversorgung und Pflege. Dabei handelt es sich nicht um eine Sonderethik mit eigenen moralischen Normen, sondern um eine Ethik für ein Handeln in einem besonderen Bereich: Allgemein gültige moralische Prinzipien kommen unter Berücksichtigung der spezifischen Sachgegebenheiten zur Anwendung. Diese ethische Reflexion bleibt dabei nicht auf die „professionelle“ Ethik an den akademischen Institutionen beschränkt, sondern ist auch – und vielleicht sogar vor allem – von den verantwortlich Handelnden gefordert. Auch die zunehmend an den Krankenhäusern etablierte klinische Ethikberatung (s. Kap. 3, 4, 9) kann die moralische Kompetenz und Urteilsfähigkeit des Gesundheitspersonals nicht ersetzen, sondern lediglich unterstützen. Aufgrund ihrer erheblichen gesellschaftlichen Bedeutung erfordern die ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen zudem nicht nur eine Reflexion innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen, sondern einen breiten gesellschaftlichen Diskurs. Es ist deshalb kein Zufall, dass z. B. der Deutsche Ethikrat vor allem ethische Fragen aus dem Gesundheitsbereich diskutiert. Aufgrund der Pluralität ethischer Theorien und moralischer Überzeugungen lässt sich vor allem bei Konflikten im klinischen Bereich oft nicht eine einzige, „objektiv“ richtige Handlungsoption bestimmen. Überdies beruhen viele Entscheidungen auf evaluativen Fragen des guten Lebens, die in modernen Gesellschaften unterschiedlich beantwortet werden. In diesen Fällen besteht die Herausforderung darin, eine ethisch möglichst gut begründete, die individuellen Wertüberzeugungen der Betroffenen respektierende Entscheidung zu fällen.

### 1.3.2 Prinzipienorientierte Medizinethik

Bislang konnte sich im Bereich der medizinischen Ethik keine ethische Theorie durchsetzen, die sich ausschließlich auf eine der klassischen moralphilosophischen Theorien bezieht. In den letzten Dekaden wurden verschiedene Ansätze zur Analyse ethischer Herausforderungen im Gesundheitswesen entwickelt. Ein bekanntes Beispiel ist die *Kasuistik*, die auf ein in den Rechtswissenschaften und auch der theologischen Ethik etabliertes Verfahren zurückgeht. Demnach soll das konkrete vorliegende Problem durch den Vergleich mit paradigmatischen Fällen und diesbezüglich bestehenden Analogien analysiert und normativ beurteilt werden. Weitere theoretische Ansätze sind die *narrative Ethik*, die die moralische Relevanz detaillierter Beschreibungen und

Deutungsmuster aus der Perspektive der Betroffenen akzentuiert, sowie die *Care Ethik*, die die Bedeutung des sozialen Kontextes und der zwischenmenschlichen Beziehungen für die ethische Bewertung hervorhebt.

Weltweite Verbreitung und Akzeptanz hat ein Ansatz gefunden, der sich explizit dem Theorienpluralismus in der Philosophie und dem Wertepluralismus in der Gesellschaft stellt: die prinzipienorientierte Medizinethik (*principlism*), begründet von den US-amerikanischen Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress (Beauchamp und Childress 2019). Angesichts ungelöster moralphilosophischer Grundlagenkontroversen gibt der Ansatz den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip auf und orientierte sich stattdessen an weithin konsensfähigen „mittleren“ Prinzipien, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. Diese Prinzipien knüpfen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen an, die in ihrem moralischen Gehalt rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden (Badura 2011). Man spricht deshalb auch von einem *rekonstruktiven* oder *kohärentistischen* Begründungsansatz.

John Rawls hat mit seinem Konzept des „Überlegungsgleichgewichts“ die Debatte um den ethischen Kohärentismus wesentlich geprägt. Nach diesem Modell der ethischen Rechtfertigung sind unsere wohl abgewogenen moralischen Urteile mit den relevanten Hintergrundüberzeugungen und ethischen Grundsätzen in ein – dynamisches – Gleichgewicht der Überlegung zu bringen (Rawls 1975). Obgleich die wohl überlegten moralischen Urteile in unsere moralische Alltagserfahrung eingebettet sind, handelt es sich dabei keineswegs bloß um moralische Intuitionen. Aus den in einer Gemeinschaft weithin akzeptierten moralischen Normen, Regeln und Überzeugungen werden die „mittleren“ Prinzipien rekonstruiert, die den normativen Grundbestand des kohärentistischen Ethikansatzes ausmachen.



*Die ethische Reflexion beginnt zwar mit den alltäglichen moralischen Überzeugungen, endet aber nicht mit ihnen. Sie hat vielmehr die Aufgabe,*

- *den Gehalt dieser moralischen Überzeugungen zu klären und zu interpretieren,*
- *verschiedene Überzeugungen in einen kohärenten Zusammenhang zu bringen sowie*
- *die gewonnenen Prinzipien (auch in Form von handlungsleitenden Regeln) zu konkretisieren und gegeneinander abzuwägen.*

Damit wird der Status quo der faktisch verbreiteten moralischen Überzeugungen nicht festgeschrieben, sondern weiterentwickelt. Das Überlegungsgleichgewicht bleibt ein Ideal, das zwar angestrebt, aber niemals wirklich erreicht wird, mithin eine dauerhafte Aufgabe ethischer Theoriebildung und somit ein wesentlicher Grund für die anhaltende Überprüfung der unter Praxisbedingungen getroffenen normativen Entscheidungen. Unsere Alltagsüberzeu-