

Professor Dr. Bettina Schöne-Seifert

Wintersemester 2019/20

Einführung in die Medizinethik

(Mini-Skript zum Grundkurs Ethik im Rahmen von GTE)

Inhaltsverzeichnis:

- (1) Grundbegriffe und Grundfragen
- (2) Arzt*-Patienten-Verhältnis
- (3) Lebensanfang: Probleme der neueren Fortpflanzungsmedizin
- (4) Lebensende: Sterbehilfe, Patientenverfügungen, Hirntod
- (5) Organtransplantationen
- (6) Verteilungsgerechtigkeit
- (7) Ethikberatung und Forschungsethik
- (8) Ein- oder weiterführende Literatur

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Von-Esmarch-Straße 62

48149 Münster

Sekretariat: Silke Tandetzki, M.A.

Telefon: 8355286

E-mail: tandetz@uni-muenster.de

* Hier und im Folgenden stehen die grammatisch männlichen Bezeichnungen als generische Oberbegriffe für Angehörige beiderlei Geschlechts.

(1) Grundbegriffe und Grundfragen

Ethik und Moral

„Ethik“ und „Moral“ sind wortgeschichtlich praktisch gleichbedeutend und werden in der Umgangssprache auch häufig synonym verwendet. Fachsprachlich bezeichnet man mehrheitlich¹ mit Moral den Bereich der sittlichen Phänomene, das Handeln und Urteilen nach Normen und Werten, mit Ethik dagegen das Nachdenken, Reflektieren über Moral. Danach ist Ethik also die Theorie der Moral. Der Ethik geht es um Handlungsorientierung, um Bewertungen des Handelns, um Pflichten, Gebotenes und Erlaubtes im Umgang mit anderen – vor allem mit anderen Menschen, aber auch mit Tieren, Pflanzen, der Umwelt. Ihre Leitfrage ist: Was sollen wir tun? Ethik ist – neben Metaphysik, Logik und Erkenntnistheorie – ein Teilgebiet der Philosophie, aber auch eines der Theologie. Theologische und philosophische Ethik überschneiden sich; aber sie divergieren auch deutlich dort, wo die theologische Ethik auf spezifischen Glaubensprämissen und Kirchenlehren aufbaut, während die säkulare (weltliche) Ethik dies nicht tut.

Deskriptive Ethik beschreibt die Moral (eines Einzelnen, einer Gruppe, Gemeinschaft oder Kultur). Normative Ethik hingegen geht es um die Begründungen moralischer Urteile und der entsprechenden Haltungen und Handlungen – sie nimmt also gewissermaßen „Stellung“. Metaethik schließlich analysiert die Grundbegriffe und Hintergrundannahmen der Moral und Moraltheorie.

Medizinethik ist eine „Bereichsethik“ (oder: „angewandte“ Ethik). Bioethik umfasst neben Medizinethik auch Umweltethik und Tierethik. Medizinethik befasst sich mit der Formulierung, Überprüfung und Rechtfertigung von Handlungsorientierungen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit und ist – wie alle Bereichsethiken – ein Teilgebiet der allgemeinen Ethik, deren Methoden und Ergebnisse sie benutzt, aber auch für ihren spezifischen Handlungsbereich weiterentwickelt.

Medizinethik befasst sich mit einem sehr großen Spektrum von Fragestellungen und Konflikten auf verschiedenen Ebenen. Die Adressaten ihrer Überlegungen sind, je nachdem, Ärzte, Pflegekräfte, andere Mitglieder des therapeutischen Teams, Forscher, Gesundheitspolitiker etc. Medizinethik geht also über Arztethik thematisch weit hinaus, hat diese aber im Zentrum. Da ärztliches Handeln auf die Erhaltung und Wiederherstellung menschlicher Gesundheit, die Linderung von Schmerzen und Leiden sowie die Verhinderung eines vorzeitigen Todes gerichtet ist und also Werte betrifft, die in der Präferenzordnung der meisten Menschen ganz oben stehen, ist es nicht verwunderlich, dass gerade in der Medizin häufiger moralische Konflikte entstehen als in vielen anderen Tätigkeitsfeldern.

¹ Nach einem konkurrierenden Begriffsverständnis, dem hier nicht gefolgt wird, bezeichnet Ethik den Bereich von Anleitungen zum guten Leben, während Moral den Bereich der wechselseitigen Verpflichtungen bezeichnet.

Seit einigen Jahren nimmt die Öffentlichkeit zunehmend Anteil an Fragen der Medizinethik/Bioethik und ihrer politischen Umsetzung, der Biopolitik, über die oft im Parlament entschieden werden muss. Hier bestehen in bestimmten Fragen gesellschafts-, ja weltweit notorische Kontroversen, wie etwa hinsichtlich des Umgangs mit vorgeburtlichem Leben, der Gentechnik oder der aktiven Sterbehilfe. Die Konflikte der Medizinethik sind häufig im Kern nicht neu, jedoch durch die Möglichkeiten der modernen Medizin vermehrt und verschärft (Beispiel Sterbehilfe in Zeiten der Intensivmedizin; Embryonenforschung seit etwa 2000). Bestimmte Fragestellungen allerdings erfordern tatsächlich gänzlich neue Bewertungen, weil sie Handlungsmöglichkeiten oder Sachverhalte betreffen, die es früher nicht gegeben hat (Beispiele: Hirntod, reproduktives Klonen).

Ethische Theorien sind Versuche, die Moral und ihre Begründungen zu systematisieren – was nicht nur zu Kontroversen zwischen Vertretern verschiedener Theorien, sondern auch zu Skepsis gegenüber Theorieansprüchen überhaupt führt. Gegenwärtig gibt es keine ethische Theorie, die auf allgemeine Zustimmung stößt, und auch keine Theorie, die so umfassend wäre, dass sie für alle auftretenden moralischen Konflikte und Probleme eine klare Lösung liefern könnte. Vielmehr sind ethische Theorien kontroverse und unvollständige – aber umso spannendere – Bemühungen um einleuchtende und widerspruchsfreie Wert- und Normenorientierung. Zumeist wird in der modernen (säkularen) Ethik keine Möglichkeit einer zwingenden Letztbegründung gesehen. Zu den „Bauelementen“ ethischer Theorien gehören Werte (etwa: Wohlergehen oder Wahrhaftigkeit) und Normen oder Bewertungsprinzipien, die als „Vorschriften“ gewissermaßen einen Brückenschlag zwischen Werten und Handlungen schlagen sollen. Diese Vorschriften werden oft in allgemeinere Prinzipien (z.B. „Habe Respekt vor der Selbstbestimmung anderer Personen“) und konkretere Regeln (z.B. „Urteilsfähige Patienten sollen aufgeklärt werden“) unterteilt, wobei die Grenze zwischen beiden unscharf ist.

Ethische Theorien oder Systeme unterscheiden sich hinsichtlich der Klassifizierung, Begründung und Bewertung ihrer Prinzipien und divergieren zum Teil auch inhaltlich. Aber zumindest gibt es einen allen Moralsystemen gemeinsamen inhaltlichen Kern, zu dem etwa das Verbot von Betrug, Mord oder Folter, die Ablehnung von Gemeinheit, Habgier oder Feigheit oder die Wertschätzung von Achtung, Liebe oder Gerechtigkeit zählen – und vieles mehr. Die ethischen Kontroversen der Gegenwart lassen leicht vergessen, wie groß und zentral dieser gemeinsame moralische Kernbereich ist, dem sich alle diejenigen Menschen verpflichtet wissen, die sich überhaupt in ihrem Urteilen und Verhalten an Fragen der Moral orientieren wollen.

Religion & Ethik

Religionen geben und begründen immer auch Antworten auf Fragen der Ethik; aber umgekehrt gibt es viele ethische Theorien, die ohne Glaubensvoraussetzungen auskommen. Unter einer konfessionsneutralen Verfassung, wie sie für die Bundesrepublik Deutschland in Kraft ist, dürfen in den verbindlich gemachten Bereichen der Ethik und des Rechts auch nur weltliche (säkulare)

Begründungen tragend gemacht werden. Im Ergebnis aber können etwa eine christliche Ethik der Nächstenliebe und eine säkulare humanistische Ethik sehr weitgehend übereinstimmen.

Theorie-Typen Zu den Grundtypen säkularer Ethik gehören deontologische Theorien (to deon $\hat{=}$ griechisch: das Gesollte), welche eine Handlung im Hinblick auf ihren moralischen Wert danach beurteilen, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip folgt bzw. als Handlungstyp einen bestimmten Wert oder Unwert hat (paradigmatisches Beispiel: Immanuel Kants kategorischer Imperativ). Teleologische (to telos $\hat{=}$ griechisch: Zweck, Ziel) oder konsequentialistische Theorien dagegen beurteilen Handlungen oder Regelungen nach Maßgabe ihrer Folgen. Sie müssen zusätzlich immer auch angeben und begründen, welche Folgen hierbei Bedeutung haben und wie sie zu verrechnen sind (paradigmatisches Beispiel: der klassische utilitaristische Bewertungsmaßstab, der Handlungen nach der resultierenden Glückssumme aller Betroffenen bewertet). Es gibt hier ganze Familien von Unter- und Mischtypen. Gemeinsam ist diesen beiden Grundtypen der Ethik, dass sie die Verallgemeinerbarkeit von Normen und deren rationale Begründbarkeit vertreten. Prominent sind auch die Tugend- und speziell die Fürsorgeethik, für die allerdings umstritten ist, ob sie tatsächlich einen eigenständigen Typ von Ethik ausmacht.

Aus der amerikanischen Bioethik (Beauchamp/Childress) kommt der sehr einflussreiche Vorschlag, Debatten und Argumentationen in der Medizinethik mit der Anerkennung von vier „Prinzipien mittlerer Reichweite“ (d.h. zwischen sehr allgemeinen und sehr konkreten Handlungsanweisungen) zu beginnen, denen Vertreter verschiedener Theorien zustimmen können sollten – nämlich:

- dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung von Patienten (Autonomie-Prinzip),
- dem Schadensvermeidungs-Prinzip (Non-Malefizienz-Prinzip),
- dem Fürsorge-Prinzip (Benefizienz-Prinzip),
- dem Gerechtigkeitsprinzip.

Von Kritikern wird gegen diese „Prinzipienethik“ eingewandt, dass sie keine Handhabe für Konflikte zwischen diesen Prinzipien biete und dass diese vagen, auslegungsbedürftigen Normen immer erst einer Präzisierung und Interpretation bedürften. Befürworter der Prinzipienethik stimmen dem zum Teil durchaus zu, ohne deswegen ihren Ansatz aufzugeben. Sie fassen dann die besagte Prinzipienethik nicht als eine „fertige“ Theorie auf, sondern als einen Ordnungsversuch für ethische Abwägungen – nicht zuletzt für solche, die ganz neu anstehen und bei denen es darauf ankommt, an bereits begründete Urteile anzuschließen.

Recht In der Medizin sind Ethik und Recht häufig mit denselben Fragen beschäftigt, fallen aber nicht zusammen. Das Recht regelt auch ethisch unbedeutsame Fragen (etwa Details der Ausbildungsordnung) und kann andererseits bedeutsame

Aspekte manchmal gar nicht normieren (beispielhaft: Feingefühl). Dort wo beide Disziplinen sich mit denselben Problemen befassen, kann der Ethik auch die Funktion zukommen, bestehendes Recht zu kritisieren und künftiges zu rechtfertigen.

Expertise Ethische Kompetenz kann natürlich auch außerhalb der professionell mit der Ethik befassten Disziplinen (Philosophie und Theologie) erworben werden. Grundlegende Lernziele der Medizinethik für werdende Ärztinnen und Ärzte sind:

- eine die ärztliche Ausbildung und Tätigkeit begleitende Sensibilisierung für die moralische Dimension ärztlichen Handelns,
- die Vermittlung von Grundpositionen und -kontroversen,
- die Einübung in den Umgang mit ethischen Argumenten,
- Reflexion und Selbstvergewisserung im eigenen Handeln.

(2) Arzt-Patienten-Verhältnis

Auch wenn in der modernen arbeitsteiligen Medizin ein großer Teil der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe und Verfahren von mitbehandelnden Kollegen und anderen Mitgliedern des „therapeutischen Teams“ geleistet wird, spielt das traditionelle Zweierverhältnis zwischen einem Patienten und „seinem“ Arzt nach wie vor eine wichtige Rolle. Zum einen gibt es diese Beziehung in langjährigen Hausarzt-Verhältnissen, zum anderen benötigen viele chronisch kranke Patienten dauerhafte Betreuung durch einen Facharzt. Und schließlich sollten auch behandelnde Krankenhausärzte ihren Patienten für die Dauer eines Klinikaufenthaltes ein solches Zweierverhältnis anbieten, damit es unter den vielen Kollegen, die an der Behandlung beteiligt sind, einen verantwortlichen Ansprechpartner gibt.

In den modernen Diskussionen darüber, wie das Arzt-Patienten-Verhältnis idealerweise aussehen sollte, welche Rolle die beiden Figuren einnehmen und welche Normen dabei befolgt werden sollen, werden mindestens drei modellhafte Typen dieses Verhältnisses unterschieden:

(1) Im traditionellen, hippokratischen oder „paternalistischen“ Verhältnis leitet der Arzt seinen Patienten väterlich-fürsorglich. Anstehende Behandlungsentscheidungen trifft hier unbesehen der Arzt für den Patienten – zu dessen eigenem Besten und nach vermeintlich durchgängig richtigen objektiven Kriterien. Auf den ersten Blick ist dieses Modell zumindest teilweise akzeptabel, weil es den Patienten entlastet und weil es jedenfalls in akuten Notsituationen angemessen erscheint. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es als Normalmodell gegen heutige Wertvorstellungen verstößt, denen zufolge die Patientenautonomie respektiert werden muss (s.u.). Selbst in Notfällen sollten Patientenmaßstäbe (zuvor bekundete Willensäußerungen oder der vermutete Wille) gelten, falls solche bekannt sind.

(2) Das Konsumentenmodell (auch informatives oder Vertragsmodell) weist dem Arzt in anstehenden Entscheidungen über Behandlungen etc. lediglich die Rolle des „technischen Experten“ zu, der den Patienten mit Sachwissen versorgt, ihm aber die Bewertungen und darauf basierende Entscheidungen vollständig überlässt. Dieses Modell ist gewissermaßen das übertriebene Gegenstück zum paternalistischen Modell. Es nimmt eine zu starke Trennbarkeit von Fakten und Bewertungen an und droht, die „Konsumenten“ allein zu lassen, sie zu überfordern. In Fachkonsultationen, in denen es um nicht-existenzielle Beschwerden geht, kann es aber durchaus seine Berechtigung haben – nicht aber als Leitbild für den Normal- oder gar den Extremfall, in dem es um sehr gravierende Entscheidungen geht.

(3) Das deliberative oder Partnerschaftsmodell verpflichtet den Arzt über das Konsumenten-Modell hinaus zu einer Teilhabe am Entscheidungsprozess. Er soll die Selbstbestimmung seiner Patienten dadurch fördern, dass er deren Entscheidungsprozess begleitet und berät, dass er ihnen hilft, zu einer klaren eigenen Bewertung zu kommen – allerdings ohne ihre Entscheidungshoheit zu unterlaufen, falls beide Parteien am Ende anderer Meinung sein sollten. Dieses Modell entspricht den heute vorherrschenden Wertvorstellungen vom Vorrang der Patientenautonomie, ohne sie unrealistisch einfach als gegeben und robust voranzusetzen.

Paternalismus

Im medizinischen Alltag lassen sich Konflikte zwischen den leitenden Grundprinzipien der Fürsorge (Benefizienz) und Schadensvermeidung einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung (Autonomie) des Patienten andererseits nicht immer vermeiden. Wird dann der Fürsorge die „Oberhand“ gelassen, spricht man von medizinischem Paternalismus. Paternalismus wird verstanden als absichtliches Handeln und Entscheiden ohne oder gar gegen den Willen bzw. die Entscheidungen des Patienten, aber allein zu dessen vermeintlichem Wohlergehen. Paternalistisches Handeln ist also fürsorglich-fremdbestimmend. Als harten oder starken Paternalismus versteht man ein solches Handeln allerdings nur dann, wenn der Patient zu wirklich autonomen (s.u.) Entscheidungen gekommen ist bzw. hätte kommen können. Bei solchen Patienten hingegen, die genau dazu nicht in der Lage sind (z.B. Kleinkinder, bewusstseinsgestörte oder bewusstlose Patienten) ist der dann erfolgende weiche oder schwache Paternalismus oft unumgänglich und ethisch absolut geboten.

Etliche Autoren bezeichnen nur starken Paternalismus als echten Paternalismus, andere öffnen den Begriff auch für die schwache Variante. Zum traditionellen Arztbild (s.o.) gehörte eine gehörige Portion starker Paternalismus. Er wurde (durchaus auch von Patienten und Angehörigen selbst) damit gerechtfertigt, dass Patienten in Entscheidungs- oder Informationssituationen überlastet würden; dass Ärzte „besser“ als ihre Patienten wüssten, was diesen guttue; dass Nachfragen der Patienten oft nicht ernst gemeint seien; dass schlechte Prognosen den Patienten schaden und ohnehin unsicher seien.

Die heute vorherrschende nicht-paternalistische Position sieht das deutlich anders: Patienten wüssten am Ende selbst am besten, was ihr "Wohl" ausmache, während die Vorstellung von durchgängig objektiven Kriterien zu dessen Bestimmung ebenso falsch sei wie die Zuversicht unberechtigt, Ärzte würden die Wertvorstellungen ihrer Patienten ohnehin kennen. Weiterhin könne die Gewissheit, selbst entscheiden zu dürfen, zum Wohlbefinden der Patienten beitragen. Viele Menschen sähen in persönlicher Autonomie in Fragen der eigenen Lebensführung und -gestaltung einen hohen Eigenwert – inklusive eines Rechts darauf, Fehler zu machen. Verdrängungsmechanismen, zu denen zu greifen Patienten selbstverständlich jedes Anrecht hätten, funktionierten ggf. auch dann, wenn sie ehrlich aufgeklärt würden. Das Argument der prognostischen Unsicherheit rechtfertige zudem kein Verschweigen, sondern eine Mitteilung eben dieser Unsicherheit selbst. Und schließlich basiere das notwendige gesellschaftliche Vertrauen in Medizin und Ärzteschaft heutzutage auch darauf, dass Patienten und ihre Angehörigen davon ausgingen, dass Ehrlichkeit und Respekt vor Patientenautonomie als Leitprinzipien akzeptiert und befolgt würden.

Bevor ein Patient auf irgendeine Weise medizinisch behandelt wird (harmlos oder riskant, diagnostisch oder therapeutisch, operativ oder pharmakologisch), muss er dieser Behandlung zustimmen und zuvor über sie aufgeklärt worden sein (informed consent). Ohne legitimierende Einwilligung nach Aufklärung erfüllen medizinische Eingriffe rechtlich den Tatbestand der strafbaren Körperverletzung. Ethisch ist die Verpflichtung, dem Patienten die Entscheidungshoheit über medizinische Eingriffe zuzubilligen, mit dem Prinzip des Respekts vor seiner Autonomie begründet. Autonomie wird dem Patienten dabei wohl als Abwehrrecht (kein Eingriff gegen seinen Willen), nicht aber als Anspruchsrecht auf Therapien seiner Wahl zugebilligt. Hier setzen medizinische Indikationen, professionelle Standards und finanzielle Rahmenbedingungen entsprechende Grenzen.

Das Einwilligungs-Erfordernis gilt natürlich nicht für Patienten ohne Einwilligungsfähigkeit (s.u.). Haben sie diese durch Krankheit oder Unfall verloren, muss man sich nach ihrem früheren Willen richten – sei es auf der Grundlage von konkreten Patientenverfügungen (soweit vorhanden), sei es auf dem Boden relevanter früherer Wünsche und Wertvorstellungen, aus denen auf den „mutmaßlichen Willen“ geschlossen wird. Fehlen hierfür die Anhaltspunkte (z.B. bei Kleinkindern), ist nach Maßgabe des Patientenwohls zu entscheiden. Dessen Interpretation kann in Einzelfällen schwierig und strittig sein.

Außerhalb von Notfällen mit entsprechendem Zeitdruck sind Eingriffe bei nicht einwilligungsfähigen Patienten (Kinder, bewusstseinsgetrübe oder bewusstlose Patienten) durch Stellvertreterentscheidungen zu legitimieren. Bei Kindern sind dies im Regelfall die sorgeberechtigten Eltern. Stellvertreter haben sich ihrerseits am früher erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten oder am Patientenwohl zu orientieren (s.o.).

Um als legitimierend zu gelten, muss die Zustimmung bzw. Ablehnung des Patienten autonom sein und dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen, über die in Ethik wie Recht grundsätzliche Einigkeit herrscht. Gegeben sein müssen:

(a) hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit („Kompetenz“) des Patienten: Hier geht es um die mentalen Voraussetzungen, die ein Patient mitbringen muss, um in der konkreten Situation entscheiden zu können. Die Entscheidungskompetenz kann schwanken (Schmerz, Aufregung) und kann in Bezug auf unterschiedliche Fragen (Krankheit versus geschäftliche Dinge) unterschiedlich ausfallen. Neugeborene, jüngere Kinder und Patienten mit entsprechenden kognitiven Einbußen können keine Entscheidungsautonomie praktizieren.

(b) hinreichendes Verständnis:

Patienten müssen über ein hinreichendes Verständnis dessen verfügen, worüber entschieden werden muss. Sie müssen also über Nutzen, Art, Risiken und Chancen, Bedeutung und Alternativen der geplanten Intervention so unterrichtet werden, dass sie verstehen können, wofür es für sie geht. Sie müssen dabei nicht zuletzt auch verstehen, dass sie selbst durch Fragen den Umfang der Information bestimmen können und dass sie das Recht der letzten Entscheidung haben. Wo immer möglich, sollen Ärzte die Voraussetzungen für autonome Entscheidungen ihrer Patienten befördern.

(c) eine Entscheidung, die nicht durch andere Personen erzwungen oder manipuliert wurde:

Weder Ärzte noch Angehörige dürfen einen Patienten so unter Druck setzen oder unzulässig beeinflussen, dass er nicht anders kann, als sich in eine bestimmte Richtung zu entscheiden. Solche Einflussnahme kann ausdrücklich oder versteckt vor sich gehen und könnte in angedrohtem Entzug der fachlichen oder emotionalen Zuwendung bestehen oder im Verächtlichmachen abweichender Sichtweisen oder auch im selektiven Vorenthalten von Informationen. Unter solchen oder vergleichbaren Umständen kann man nicht mehr von einer freiwilligen Patientenentscheidung reden. Sehr wohl zulässig hingegen sind Versuche von Angehörigen, Ärzten und anderen Therapeuten, den Patienten durch Argumente von einer vermeintlich unverständigen Entscheidung abzubringen. Solches Überreden- oder Überzeugenwollen gehört geradezu zur Pflicht der Therapeuten und arbeitet im Gegensatz zu Zwang und Manipulation mit Gründen statt mit Druck-, Droh- oder Belohnungsmitteln. Vereinbar mit dem Respekt vor Patientenautonomie ist es auch, wenn Patienten sich auf eigenen Wunsch dem Urteil ihres Arztes anvertrauen.

Schweigepflicht

Ärzte unterliegen rechtlich wie ethisch der Schweigepflicht, die das Behandlungsteam im weitesten Sinn einbindet. Rechtlich ist das Gebot zur Verschwiegenheit im Straf-, Zivil- und Berufsrecht verankert. Ethisch wird es unter anderem damit begründet, dass vorbehaltloses Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes eine Voraussetzung für ehrliche anamnestische Angaben und letztlich für gute Medizin ist. Patienten können ihre Ärzte natürlich von dieser Pflicht entbinden; entbunden sind die Ärzte auch bei Krankheiten mit gesetzlicher Meldepflicht und allgemein dann, wenn ein

Nicht-Schweigen dem Schutz eindeutig gewichtigerer Güter dient. Beispiele hierfür sind drohende Verbrechen, aber auch der HIV-positive Patient, der diese Diagnose seinem Sexualpartner verschweigen möchte, oder der schlecht eingestellte epilepsiekranke Busfahrer, der diese Tatsache der Behörde verschweigen möchte. In aller Regel sollte es gelingen, den Patienten selbst zu entsprechenden Mitteilungen zum Schutze Dritter zu bewegen.

Arzt-Ethos

Die neuen medizin-technischen Möglichkeiten und deren unterschiedliche (rechts)ethische Bewertungen haben das traditionelle hippokratisch-christliche Arzt-Ethos erheblich ins Wanken gebracht. Unter Ärzten, Patienten und Außenstehenden innerhalb und außerhalb von Religionsgemeinschaften ist vieles umstritten: Verbietet das professionelle Ethos eine (eng begrenzte) aktive Sterbehilfe oder die Beihilfe zur Selbsttötung eines dazu entschlossenen unheilbar Kranken? Verbietet es Abtreibungen oder Embryonenselektion? Erlaubt es den Einsatz medizinischer Kenntnisse und Mittel zur vermeintlichen Optimierung von Aussehen oder Fähigkeiten bei Gesunden? Unter denjenigen, die alle oder bestimmte dieser möglichen Maßnahmen für „unärztlich“ halten, appellieren einige an die Tradition, andere an „innere“ Wertmaßstäbe der Medizin. Wohl die meisten Kritiker wie deren Kontrahenten jedoch sind sich einig darin, dass sich die Antworten auf diese komplexen Fragen nicht an medizin-internen Maßstäben ablesen lassen, sondern im Gefüge allgemeinerer ethischer Rechtfertigungen zu geben sind. Dass allerdings dabei auch die Auswirkungen möglicher Erlaubnisse oder Verbote auf das individuelle wie öffentliche Vertrauen in Ärzte, deren Rolle und Selbstbild mitbedacht werden muss, ist unstrittig.

(3) Lebensanfang: Probleme der neueren Fortpflanzungsmedizin

Die Beratung von Frauen/Paaren mit Kinderwunsch, die Betreuung Schwangerer und die Geburtshilfe gehören von alters her zu den ärztlichen Aufgaben. Sie haben sich aber durch die neuen diagnostischen und interventionellen Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin und Humangenetik in den letzten Jahrzehnten massiv verändert. Meilensteine sind hier in den 1960er Jahren die Antibaby-Pille und die Möglichkeiten der nicht-invasiven und invasiven vorgeburtlichen Untersuchungen, etwa durch Ultraschall oder Fruchtwasserpunktion, die Geburt des ersten „Retortenbabys“ 1978 sowie die (gegenwärtig allerdings höchst unvollkommen beherrschten) Techniken der vorgeburtlichen Gentherapie. Mit den neuen oder zukünftigen Handlungsmöglichkeiten gehen häufig neue Fragen nach deren ethischer Zulässigkeit oder Unzulässigkeit einher. Es ergeben sich eine Reihe moralischer Probleme und stellen sich ethische Fragen, die es früher einfach nicht gab. Nach ihren Zielsetzungen lassen sich die heute möglichen Maßnahmen zur Beeinflussung des Fortpflanzungsgeschehens in drei Gruppen unterteilen:

- a) Maßnahmen gegen ungewollte Kinderlosigkeit: Sterilitätsoperationen; In-vitro-Fertilisation (IVF) bzw. intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Samen-, Ei- und Embryonenspende; Leihmutterchaft.
- b) Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften: effektive Kontrazeptiva – insbesondere die „Pille“; Abtreibung.
- c) Interventionen zur Vermeidung der Geburt eines Kindes mit schwerer Erkrankung. (Optionen: Invasive Pränataldiagnostik (PND) falls möglich mit pränataler Therapie oder sonst mit anschließender Abtreibung; oder Präimplantationsdiagnostik (PID) mit anschließendem Verwerfen betroffener Embryonen; in Zukunft möglicherweise Keimbahntherapien mit Hilfe von „Genschern“.)

Was hier ethisch zulässig ist, ist zum großen Teil hochgradig umstritten. Rechtlich unzulässig sind gegenwärtig in Deutschland die oben kursiv gesetzten Maßnahmen. Maßgeblich für deren Verbot ist das seit 1991 geltende Embryonenschutzgesetz (ESchG). Dass dieses Gesetz auch die PID verbiete (ohne sie beim Namen zu nennen), galt lange für ausgemacht, wurde aber durch ein BGH-Urteil vom Sommer 2010 verneint. Der Gesetzgeber ließ daraufhin durch eine entsprechende Neuregelung des ESchG 2011 die PID in sehr engen Grenzen zu. Sie darf jetzt (nur) bei bereits bekannter elterlicher Veranlagung zu schwerwiegenden Erbkrankheiten oder bei einem hohen Risiko von Fehl- und Totgeburten durchgeführt werden. In den reproduktions-ethischen Debatten werden – trotz aller Verschiedenheit der jeweils konkreten Technik und ihrer Implikationen – immer wieder dieselben Grundkontroversen geführt. Dabei geht es:

- (1) um den moralischen Status ungeborenen Menschenlebens, das heißt um die Frage, welcher Schutz dem (frühen oder weiterentwickelten) Embryo gebührt; ob er um seiner selbst willen Adressat moralischer Pflichten – namentlich zum Lebenserhalt – ist;
- (2) um die ethische Beurteilung vorgeburtlicher Selektion und ihrer Bedeutung und Auswirkungen für die in der Gesellschaft lebenden behinderten Menschen;
- (3) um die Beurteilung der zunehmenden Abkehr von den natürlichen Fortpflanzungsprozessen; und
- (4) um die Auswirkung einer liberalen Politik der Schwangerschaftsabbrüche und der vorgeburtlichen Auswahl auf die Menschlichkeit und das sonstige Normengefüge der Gesellschaft.

Diese Diskussionsfelder können hier nur sehr knapp behandelt werden, zu jedem einzelnen von ihnen gibt es eine Fülle von Literatur.

Embryonaler
Status

Für die Beurteilung von Abtreibungen, von PID und von PND mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch, aber auch von „verbrauchender Embryonenforschung“ ist von entscheidender Bedeutung, welcher moralische Status dem jeweils betroffenen vorgeburtlichen Lebewesen zugeschrieben wird: Wer schon der befruchteten Eizelle denselben moralischen Status wie geborenen Menschen zuschreibt, kann Abtreibungen in der Regel nur zur Rettung des mütterlichen Lebens moralisch zulässig oder geboten finden. Alle Interventionen, die das Leben eines einmal gezeugten Embryos zu Zwecken Dritter gefährden (was man schon der IVF anlasten könnte) oder beenden, wären dann konsequenterweise moralisch nicht vertretbar. Wenn sich Befürworter eines „vollen“ embryonalen Lebensschutzes dennoch auf rechtspolitischer Ebene permissiver positionieren, so nicht selten mit den Argumenten, dass Abtreibungen ohnehin nicht mit dem Strafrecht verhindert werden könnten oder dass man Schwangere nicht dazu zwingen könne, ihre Leibesfrucht auszutragen.

Vertreter des „vollen Status“ (womit der Embryo zugleich verfassungsrechtlich als Träger der vollen Menschenwürde und des verfassungsrechtlich garantierten Lebensschutzes gilt) argumentieren mit den vier sog. SKIP-Argumenten:

- (a) mit der Zugehörigkeit schon der befruchteten Eizelle zur Spezies Mensch;
- (b) mit der Kontinuität der embryonalen/fetalen Entwicklung, die bis hin zur Geburt keine moralisch bedeutsamen Einschnitte aufweise;
- (c) mit der angenommenen Identität schon der befruchteten Eizelle (alternativ: des nicht mehr teilungsfähigen Frühembryos) mit dem später geborenen Kind;
- (d) mit der Potenzialität, d.h. der Fähigkeit der befruchteten Eizelle, sich unter geeigneten Bedingungen zu einem Kind zu entwickeln.

Demgegenüber vertreten Autoren am anderen Ende des Beurteilungsspektrums (die ebenso wie ihre Opponenten Verfassungsrechtler, Ethiker etc. sein können), dass der moralische Status früher Embryonen erheblich geringer sei als derjenige geborener Menschen – sodass er zwar keinen beliebigen, respektlosen Umgang mit der menschlichen Leibesfrucht erlaube, aber doch deren Verwerfung vor der Nidation (etwa im Rahmen von PID oder von Embryonenforschung) sowie deren Abtreibung auf Wunsch der Mutter.

Anders als die Position, die vollen Schutz ab ovo fordert, fächert sich die „liberale“ Gegenposition in viele verschiedene Unterpositionen auf, die gemeinsam die Plausibilität der vier o.g. Standardargumente bezweifeln: Sie sehen in der Spezieszugehörigkeit als solcher (ohne Eintritt der für bedeutsam erachteten Entwicklungsschritte) keinen einleuchteten Grund für die Zuschreibung eines vollen moralischen Status. Die embryonale Entwicklung beurteilen sie gerade nicht als moralisch kontinuierlich, sondern sehen – je nachdem – in bestimmten Entwicklungsschritten (Nidation, Hirnentwicklung, Empfindungsfähigkeit, Bewusstseinsvermögen, Menschenähnlichkeit, Lebensfähigkeit, Geburt) bedeutsame Einschnitte. Insofern bestreiten sie die Identität (in einem moralisch

relevanten Sinn) der befruchteten Eizelle mit dem daraus möglicherweise entstehenden Kind. Und schließlich gilt ihnen die Potenzialität früher Embryonen nicht als hinreichender Grund dafür, diese frühen Entwicklungsstufen menschlichen Lebens wie Kinder zu schützen, zu denen sie sich ja noch nicht annähernd entwickelt hätten.

Debatten zwischen den verschiedenen Status-Auffassungen werden in allen westlichen Ländern geführt und lassen gegenwärtig weder auf gesellschaftlicher noch auf moralphilosophischer Ebene einen Konsens erkennen oder erhoffen. Kontrovers ist in diesem Zusammenhang auch, ob die deutsche Rechtslage wertungskonsistent ist oder nicht noch immer massive Wertungswidersprüche begeht: Sie lässt nämlich die Verwendung von Nidationshemmern (Spirale) zu, stellt aber die Forschung an Embryonen im selben Entwicklungsstadium unter Strafe. Ebenso setzt sie der PID engste Grenzen (s.u.), lässt aber die PND erheblich breiter zu – etwa zum Ausschluss von Chromosomenstörungen bei fortgeschrittenem mütterlichen Alter. Unzulässig – und zwar erst seit Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes von 2010 – ist hier lediglich die nicht medizinisch indizierte Untersuchung auf Krankheiten, die erst nach dem 18. Lebensjahr auftreten.

In der Bundesrepublik wird gegenwärtig bei etwa jeder 10. Schwangerschaft im 3./4. Monat eine Fruchtwasserpunktion mit anschließender genetischer Untersuchung der Fetalzellen (PND) durchgeführt. Bei auffälligem Befund entschließt sich die überwiegende Mehrheit der Schwangeren/Paare zu einem Schwangerschaftsabbruch. Indikationen für die Untersuchung sind entweder bekannte genetische Risiken für schwerwiegende Erkrankungen des späteren Kindes oder aber die Sorge vor durch das Alter der Mütter bedingten zunehmenden Chromosomenstörungen (insbes. Trisomie 21). Zugleich galten bis 2010 (s.o.) dieselben Untersuchungen an Embryonen, die sich nach assistierter Zeugung noch in der Glasschale befinden (PID), als verboten. Seit 2011 darf PID auf gesetzlicher Grundlage, die vor dem Hintergrund massiver ethischer Kontroversen erfolgte, in engsten Grenzen auch in Deutschland praktiziert werden. Neben der Frage des embryonalen Status ist bei der ethischen Beurteilung von PND wie PID die Frage von größter Bedeutung, ob mit der vorgeburtlichen Selektion gegen bestimmte Krankheiten zugleich eine Diskriminierung derjenigen Mitbürger erfolgt, die mit diesen Krankheiten leben müssen. Manche Behinderte (besonders wohl in Deutschland) sehen oder sähen sich durch solche Selektion gekränkt, herabgewürdigt oder gar in ihren Rechten bedroht. Viele Kritiker stehen ihnen in dieser Auffassung zur Seite und beurteilen PID/PND als behindertenfeindlich, -verletzend und -diskriminierend.

Demgegenüber wird von Befürwortern einer verantwortlich begrenzten Freigabe vorgeburtlicher Selektion argumentiert, dass diese wegen des kategorial anderen moralischen Status von Embryonen ethisch zulässig sei und die Rechte und die Würde geborener Mitmenschen ebensowenig tangiere oder infrage stelle, wie die Prävention oder Heilung von bis dato unheilbaren Krankheiten diejenigen diskriminiere, die an diesen noch leiden müssten.

Unnatürlichkeit Das Argument der Unnatürlichkeit wird von Kritikern gegen verschiedene Stufen der Manipulation menschlicher Fortpflanzung vorgebracht. Befürworter solcher Manipulation weisen im Gegenzug darauf hin, dass die Bekämpfung von Missständen und Elend, wie sie allgemein für richtig gehalten werde, vielfach gerade durch Bezähmung der Natur und Manipulation natürlicher Abläufe erfolge. So müsse man weite Teile der Medizin als Kampf gegen die in der „Natur“ vorkommenden Seuchen und Krankheiten, als Eingriff in „natürliche“ Defektheilungen usw. verstehen. Nicht „Natürlichkeit“ oder „Künstlichkeit“ als solche seien einleuchtende ethische Bewertungskriterien, sondern die individuelle und soziale Zuträglichkeit der zu beurteilenden Handlungen. Allerdings wird hier häufig eingeräumt, dass eine totale „Artifizialisierung“ und Manipulation gerade der menschlichen Fortpflanzung (Stichworte: künstliche Gebärmutter, „Designerbabys“) den Menschen nicht zuträglich sein könne.

Damnbrüche Mit dem Vorgehenden zusammenhängend befürchten viele Kritiker die schleichende oder rapide Aufweichung von Werten oder normativen Grenzen, wenn nun PID erlaubt ist oder gar, wenn „verbrauchende“ Embryonenforschung erlaubt und praktiziert würde. Letzteres wird seit 2015 international mit neuer Emphase und sehr kontrovers diskutiert, wenn es um den forschenden Einsatz von Genscheren (genome editing) an der Keimbahn von Embryonen geht. Auf diesem Weg könnte man, so die Hoffnung vieler, in der Zukunft gezielt schwere monogenetische Erkrankungen (wie etwa die Duchennsche Muskeldystrophie oder die β -Thalassämie) heilen. Kritiker wollen diese Entwicklung verhindern. Die Argumente gleichen denen gegen die PID: Zum einen wird befürchtet, dass die Indikationsstellung einer Ausweitungsdynamik unterliegen werde. Während PID gegenwärtig zumeist nur für Paare mit genetischen Risiken für schwere, unbehandelbare Krankheiten ihres Kindes gefordert wird, sowie – zum Teil – zur Verbesserung der IVF-Erfolgschancen (durch Aussonderung schwerster letaler Chromosomenstörungen), würde über kurz oder lang auch die positive Selektion erwünschter Eigenschaften und somit die „Qualitätskontrolle“ drohen und folgen. Kinder würden zum manipulierbaren „Produkt“ und die Naturwüchsigkeit menschlicher Veranlagung als eine der Grundvoraussetzungen wechselseitiger menschlicher Achtung würde aufgegeben. Andere fürchten die schleichende Erosion des Respekts vor dem Lebensrecht und der Würde auch geborener Menschen, wenn erst einmal die Anfänge „lebensverachtender“ Praktiken wie PID und verbrauchende Embryonenforschung zugelassen sind bzw. würden.

Gegen solche Dambruchargumente (Slippery-slope-Argumente) wird eingewendet, diese Befürchtungen seien im Wesentlichen spekulativ. Nicht nur ließen sich Indikationsgrenzen durch entsprechende Gesetze und institutionelle Regelungen halten, sondern Gesetze könnten bei einsetzenden Fehlentwicklungen auch wieder verschärft werden. Und im Übrigen sei die über die letzten 50 Jahre ausgeweitete PND-Praxis durchaus nicht mit einer Verrohung der Gesellschaft, mit zunehmender Behindertenfeindlichkeit oder schrumpfendem Lebensschutz-Respekt einhergegangen – im Gegenteil, unsere Gesellschaft sei in diesen Fragen zum Glück zunehmend sensibilisiert.

PID-Befürworter möchten angesichts der ihrer Auffassung nach fehlenden Gegengründe die Inanspruchnahme dieser Technik weitgehend der Fortpflanzungsfreiheit betroffener Paare anheimstellen; vielen geht dabei die inzwischen erfolgte gesetzliche Regelung nicht weit genug. Vertreter der verbrauchenden Embryonenforschung möchten die Verwendung von Pränidationsembryonen für hochrangige biomedizinische Forschung zulassen, von der sich viele Wissenschaftler massive Fortschritte für die Behandlung zukünftiger Schwerstkranker versprechen. In beiden Fällen wäre dafür in Deutschland eine erneute Änderung des geltenden Embryonenschutzgesetzes erforderlich.

(4) Lebensende: Sterbehilfe, Patientenverfügungen, Hirntod

Sterbekultur Gegenwärtig sterben Patienten immer seltener zu Hause, immer häufiger in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Vereinsamung und Mangel an Selbstbestimmtheit in Fragen des eigenen Sterbens sind die beiden Hauptschuldigungen der vielen Kritiker im Kampf für mehr „Würde“ im Sterben. In ihrer Antwort auf die Problematik teilen sie sich – oft hochgradig emotional – in zwei Lager: Die einen möchten ausdrücklich nur die psychosozialen Umstände des Sterbens zum Besseren verändert sehen; die Gegenseite mahnt ein moralisches und juridisches Recht auf weitergehende – bis hin zur aktiven – Sterbehilfe an. Die höchst wichtigen Forderungen nach besserer Sterbebegleitung, verbesserter Schmerztherapie und größerer menschlicher Zuwendung stehen dabei aber in keiner notwendigen Opposition zu jenen Überlegungen, welche als ultima ratio einen weitgehenden Therapieverzicht, aktive Sterbehilfe oder ärztliche Beihilfe zum Suizid als ethisch zulässig ansehen.

Sterbehilfen Die Massenmorde an behinderten Menschen durch die Nationalsozialisten und durch ihre Helfer – verlogen als „Euthanasie“ (schönes/leichtes Sterben) bezeichnet – haben diesen Begriff und zum Teil auch die eigentlich unter ihn fallenden, als Hilfe gemeinten Handlungen in Deutschland nachhaltig tabuisiert. Im Folgenden wird als Oberbegriff „Sterbehilfe“ verwendet. Hierunter fallen alle Handlungen und Unterlassungen, die darauf zielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod herbeizuführen oder in Kauf zu nehmen – ohne dass bereits ein Urteil über die ethische Zulässigkeit dieser Hilfen eingeschlossen wäre.

**Varianten:
Terminologie** Der auch international übliche Sprachgebrauch bezeichnet:

- einen den Tod des Patienten zulassenden Behandlungsverzicht (einschließlich des Verzichts auf Flüssigkeit, künstliche Ernährung oder Beatmung) als Sterbenlassen oder passive Sterbehilfe;
- eine Schmerzstillung oder andere palliativ indizierte Behandlung mit dem Nebeneffekt der Lebensverkürzung als indirekte Sterbehilfe (begriffliche Alternative: Leidminderung mit möglicher Lebensverkürzung);

- ein tätiges Herbeiführen des Todes eines Patienten, welches nicht zugleich ein Behandlungsverzicht ist, als Töten auf Verlangen oder aktive Sterbehilfe.

Sterbenlassen/
passive Sterbehilfe

Die aktuellen Auseinandersetzungen um Sterbehilfe lassen sich vor allem in zwei Gruppen unterteilen: in Kontroversen um die genaueren Zulässigkeitskriterien eines Behandlungsverzichts und in Kontroversen um die grundsätzliche Zulässigkeit auch der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizids – soweit diese auf ausdrückliches Verlangen eines unheilbar Schwerstkranken erfolgen.

Ethisch wenig strittig und rechtlich eindeutig ist, dass ein urteilsfähiger Patient jederzeit das Recht hat, therapeutische Eingriffe zu untersagen oder bereits laufende abbrechen zu lassen. Dieser Konsens erstreckt sich (inzwischen) auch auf künstliche Ernährung und Beatmung. Ein ärztliches Zuwiderhandeln würde den Tatbestand der rechtswidrigen Körperverletzung erfüllen. Unterschiedliche Auffassungen werden hingegen darüber vertreten, unter welchen Bedingungen lebenserhaltende Maßnahmen bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten unterlassen/abgebrochen werden dürfen oder sollen.

Patienten-
verfügungen

Grundsätzlich kann dies auch durch eine entsprechende Patientenverfügung (PV) oder durch einen vom Patienten benannten Bevollmächtigten entschieden werden. PVs sind gesetzlich definiert als schriftliche Vorausverfügungen einwilligungsfähiger Erwachsener. Dass PVs strikte Bindungskraft haben sollen, wenn sie eindeutig formuliert sind und im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst wurden, ist seit September 2009 in Deutschland gesetzlich geregelt. Somit wird der vorausgreifenden (und nicht nur der aktuellen) Selbstbestimmung eines Patienten, der auf diese Weise Einfluss auf seine zukünftige Behandlung im Fall verlorener Einwilligungsfähigkeit nehmen möchte, Vorrang vor den Einschätzungen Dritter eingeräumt. Kritiker finden das vor allem deshalb problematisch, weil sich nur schwerlich antizipieren lasse, wie man sich im Falle zukünftiger Krankheit fühlen und an diese anpassen würde.

Rechtlich geregelt ist nun in Deutschland, dass eine PV dann, aber auch nur dann befolgt werden muss, wenn sie schriftlich verfasst und konkret formuliert ist; sie kann aber jederzeit formlos widerrufen werden. Ihre Bindungskraft hängt nicht von bestimmten Arten oder Phasen von Krankheiten ab, sondern ist prinzipiell unbegrenzt. Eine gerichtliche Überprüfung von Stellvertreter-Entscheidungen zum Sterbenlassen ist nur dann erforderlich, wenn ein Betreuer (nicht aber ein Bevollmächtigter, dem hier weitergehende Befugnisse eingeräumt werden) eine ggf. vorliegende PV, den mutmaßlichen Willen oder das Wohl des Patienten anders interpretiert als die Behandelnden. Gesetzlich untersagt sind Auflagen von Kliniken oder Pflegeheimen, die das Verfassen einer PV verlangen oder verbieten.

In Deutschland und in den meisten anderen Ländern (Ausnahmen: Niederlande, Belgien und Luxemburg) steht aktive Sterbehilfe ausnahmslos unter Strafe.

Töten auf Verlangen/
Aktive Sterbehilfe

Zugunsten der Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe werden als direkte Argumente Humanität und das Recht eines Patienten auf Selbstbestimmung angeführt, als indirektes Argument die angebliche moralische Bedeutungslosigkeit gängiger Unterscheidungen zwischen aktiver Sterbehilfe einerseits und passiver oder indirekter Sterbehilfe andererseits. Der ersten Argumentation zufolge sind gerade so existenzielle Entscheidungen wie diejenige über Umstände und Zeitpunkt des eigenen Sterbens und die Zumutbarkeit tödlichen Leidens dem Selbstbestimmungsrecht eines Patienten zu unterstellen. Dieses Argument gewinnt in einer liberalen, säkularen Gesellschaft, in der nicht mehr allgemein von der Gottbestimmtheit der Sterbeumstände und von der „Heiligkeit“ des Lebens ausgegangen wird, zunehmend an Bedeutung. Aber auch innerhalb der christlichen Lehre wird die moralische Verwerflichkeit aktiver Sterbehilfe verschiedentlich infrage gestellt.

Das zweite Argument besagt, dass die unterschiedliche Kausalrolle des Arztes bei aktiver Sterbehilfe einerseits und bei passiver und indirekter Sterbehilfe andererseits keine unterschiedliche moralische Beurteilung begründen könne. Unter sonst exakt identischen Randbedingungen (todkranker, nach Sterbehilfe verlangender Patient, integrierender Arzt, kein Außendruck) seien das Sterben durch aktives Herbeiführen oder durch beabsichtigtes Geschehenlassen oder aber durch wissentliches Inkaufnehmen als moralisch gleichwertig zu beurteilen.

Als Einwände gegen jede Lockerung des Verbots aktiver Sterbehilfe werden Argumente vorgebracht, die sich gegen aktive Sterbehilfe schon in jedem Einzelfall, ja zum Teil bereits gegen die bloße Debatte dieser Problematik richten. Häufig wird hier die Position von der „Heiligkeit“ oder Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens bezogen. Sie zu verlassen, so wird argumentiert, beruhe auf problematischen gesellschaftspolitischen, insbesondere ökonomischen Motiven (man wolle an den Kranken und Schwachen sparen), auf einem falschen Menschenbild (dem Ideal des Gesunden/der Abwehr des Behinderten) oder auf der eigenen Unfähigkeit, mit Leiden umzugehen, welches man daher nicht mit ansehen wolle. Um dieses Argument spezifisch gegen die aktive – nicht aber gegen die passive und indirekte – Sterbehilfe zu richten, müssen allerdings zusätzlich die jeweiligen Kausalrollen oder Absichten des Arztes entsprechend unterschiedlich bewertet werden. Zusätzlich werden oft „moral-pragmatische“ Argumente angeführt: Aktive Sterbehilfe zuzulassen werde die moralische Integrität des Ärztestandes unterminieren, den allgemeinen Respekt vor dem Lebensschutz aufweichen, das Misstrauen der Patienten gegenüber ihren Ärzten schüren, subtilen familiären oder gesellschaftlichen Erwartungsdruck zugunsten „erlösender“ Sterbehilfe bei Alten und Schwachen ausüben. Damit könnten – das ist die wohl größte und berechtigteste Sorge – scheinbar freiwillige, autonome Bitten um „Mitleidstötung“ in Wahrheit unter dem verinnerlichten Druck der Umgebung entstehen.

Auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe müssen einräumen, dass der potenzielle Adressatenkreis aktiver Sterbehilfe größer ist als der Adressatenkreis eines

tödlichen Behandlungsverzichts, der eben die vitale Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten voraussetzt. Wo tatsächlich Grund zur Sorge vor Missbrauch bestünde – und diese Frage ist am Ende keine genuin philosophische – gewinnen solche Aspekte in der Tat große Bedeutung.

Ärztliche
Suizidhilfe

Ein weiterer Diskussionspunkt im Zusammenhang mit Sterbehilfe ist die Frage nach der Zulässigkeit ärztlicher Beihilfe zum Suizid eines terminal kranken Patienten. Formal kann der Unterschied zwischen ärztlich assistierter Selbsttötung (bei welcher der Patient die Tat ausführt) und aktiver Sterbehilfe (bei welcher ein Arzt oder Angehöriger die Tat ausführt) hauchdünn sein. Und so decken sich denn auch ein Teil der Pro- und Contra-Argumente mit denjenigen, die zur aktiven Sterbehilfe vorgebracht werden. Wieder sprechen vermeintlich für die eine Seite die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, die moralische Integrität des Arztstandes und die Manipulierbarkeit des Patientenwillens gegen die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe für todkranke Patienten: Und wieder werden auf der anderen Seite die Argumente der Humanität und des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten angeführt. Im Vergleich zu aktiver Sterbehilfe wäre ärztliche Selbsttötungshilfe vielleicht weniger missbrauchsanfällig, und sie ist gewiss weniger symbolträchtig und für die Öffentlichkeit weniger besorgniserregend, weil sie in ihrer Selbstbestimmtheit „erkennbarer“ ist. Hierin sehen viele Menschen ethische Vorteile gegenüber aktiver Sterbehilfe. Die Bundesärztekammer lehnt, trotz sehr heterogener Einstellungen ihrer Mitglieder, ärztliche Suizidhilfe aus ethischen Gründen ab. Seit 2015 ist in Deutschland "geschäftsmäßige" (d. h. auf Wiederholung angelegte) Suizidhilfe strafrechtlich untersagt. Dies hat erneut zu anhaltenden Kontroversen geführt.

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer enthält zudem (erst seit 2011) ein ausdrückliches standesrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidhilfe; diese Passage ist jedoch nicht von allen Landesärztekammern, die hierin souverän sind, übernommen worden. Strafrechtlich waren Suizid und Hilfe beim Suizid von 1851 bis 2015 straffrei. 2015 allerdings ist es zu einer Neukriminalisierung „geschäftsmäßiger“ Suizidhilfe gekommen. Ausdrücklich zugelassen ist Suizidhilfe (weiterhin) für Angehörige und Nahestehende in tragischen Einzelfällen. Anders als viele meinen, ist damit aber nicht nur gewinnorientierte, sondern sämtliche auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe verboten - wohl auch durch einen Arzt, der seine generelle Bereitschaft zu wiederholter Suizidhilfe bei verzweifelter Bitten zu erkennen gibt. Das neue Gesetz hat daher schon vor seinem Inkrafttreten (zuungunsten deutlich liberalerer Alternativen, in denen z.T. die Straffreiheit ärztlicher Suizidhilfe ausdrücklich bekräftigt werden sollte) viel Kritik erfahren.

Palliative
Sedierung

Eine palliativmedizinische Behandlung am Lebensende kann auch in der teilweisen oder vollständigen Bewusstseinsminderung des Patienten mit Hilfe von sedierenden Medikamenten bestehen, um ihm so anders nicht behandelbares unerträgliches Leiden zu ersparen. Mitunter wird diese Behandlung als ultima ratio in den letzten Stunden oder Tagen des Lebens bis hin zum Eintritt

des Todes durchgeführt („kontinuierliche“ palliative Sedierung). Ethisch und rechtlich kontrovers beurteilt wird die Sonderform der frühen kontinuierlichen Sedierung (bereits vor der Sterbephase) mit gleichzeitig intendiertem Verzicht auf künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Viele Experten sehen hier in der vorsätzlich festen Kombination der beiden für sich genommen zulässigen Praktiken (palliative motivierte Sedierung und Sterbenlassen) eine Form von Sterbehilfe, die wie Tötung auf Verlangen oder ärztliche Suizidhilfe zu bewerten sei. Andere halten die Kombination für ethisch irrelevant. Ob und wie oft diese Sonderform in Deutschland praktiziert wird, ist unklar.

Hirntod Ob hirntote Patienten als Lebende oder als Tote zu betrachten sind, ist eine „Neulandfrage“, die sich vor der Ära der Intensivmedizin gar nicht stellte. Von ihrer Beantwortung hängen Entscheidungen über die weitere Behandlung hirntoter Patienten sowie ihr Status als potenzielle Organspender ab. Diese beiden Fragestellungen motivierten denn auch unterschiedliche Medizinergruppen überall in der westlichen Welt, sich der Hirntodproblematik anzunehmen – mit dem Erfolg, dass seit 1968 in den meisten dieser Länder der Hirntod als Tod des Menschen anerkannt wird. Das gilt auch für Deutschland in der Praxis, während die theoretische und offizielle Anerkennung erst 1993 durch die Bundesärztekammer erfolgte, die aber schon seit 1982 fortlaufend Richtlinien zur praktischen Feststellung des Hirntodes veröffentlicht. Auf rechtlicher Ebene wurde diese Definitionskompetenz 1997 durch das Transplantationsgesetz anerkannt.

In jenen Jahren, aber auch heute noch, war bzw. ist die Hirntoddefinition umstritten. Kontrahenten auf beiden Seiten argumentieren immer dann unplausibel, wenn sie die objektive naturwissenschaftliche Bestimmbarkeit eines richtigen Todeskonzepts annehmen, statt anzuerkennen, dass es dabei – innerhalb naturwissenschaftlicher Grenzen – um anthropologische, ethische, semantische u.a. Abwägungen und Plausibilitäten geht. Problematisch sind auch die Argumente, dass die Empfindungs- und Bewusstseinsunfähigkeit Hirntoter nicht erwiesen oder dass die erfolgte „Umdefinition“ ein Symptom puren Nützlichkeitsdenkens sei. Durchaus berechtigt hingegen scheinen eine Reihe anderer kritischer Überlegungen zum Todesverständnis.

Drei verschiedene Definitionsmerkmale werden in der Debatte um den richtigen Todesbegriff diskutiert

- (1) das Sistieren der Vitalfunktionen Atmung und Kreislauf;
- (2) der irreversible Verlust der integrativen vegetativen Selbststeuerung;
- (3) der unwiederbringliche Verlust aller mentalen Funktionen.

Offensichtlich fallen beim „herkömmlichen“ Eintritt des Todes durch Atem bzw. Herzstillstand alle drei Merkmale zusammen. Die Bewertung ihrer jeweiligen Einzelbedeutung ist erst mit dem tatsächlichen Vorkommen bzw. der Feststellbarkeit jener Seinszustände „Hirntod“ und „unwiederbringlicher Bewusstseinsverlust“ bedeutsam geworden.

Merkmal (1), das Sistieren der Vitalfunktionen, ist in den Augen der Gegner hirnbezogener Todesvorstellungen das einzige und entscheidende Merkmal. Diese – man könnte sagen: körperbiologische – Position hat Überzeugungskraft durch ihre Orientierung am herkömmlichen Todesverständnis, wonach der Tod das Ende aller Körperfunktionen und nicht nur einzelner Organe bedeutet. Die Position wird aber dadurch problematisch, dass nach heutigem Wissen keineswegs alle „Lebens“-Funktionen bereits mit dem Herzstillstand enden, sondern dass etwa Hautzellen erst nach vielen Stunden absterben. Dementsprechend ist es begründungsbedürftig, was in diesem Zusammenhang Atmung und Kreislauf von anderen zentralen oder peripheren Funktionen unterscheidet – sodass das Sistieren der Nierentätigkeit oder das Anhalten von Zellfunktionen gleichermaßen unbedeutend für die Todesdefinition sind. An dieser Stelle argumentieren manche Autoren mit der – am Atmen eines anderen hängenden – phänomenalen Du-Erfahrung und ihrer Bedeutung. Damit wird die Debatte folgerichtig zu einer Auseinandersetzung um das hinter dem jeweiligen Todesbegriff stehende Menschenbild.

Merkmal (2), der Verlust integrativer Selbststeuerung, wird von den meisten und insbesondere von den „offizielleren“ Befürwortern der Hirntoddefinition als notwendige, aber erst zusammen mit dem Verlust aller mentalen Funktionen hinreichende Todesbedingung betrachtet. Innerhalb dieser „hirnbiologischen“ Position soll mit diesem Merkmal ein entscheidendes Element körperlicher Eigenständigkeit – die vom Organismus selbst bewirkte zentrale Aufrechterhaltung von Atmung und Kreislauf – gegenüber einem Zustand gänzlicher maschineller Fremdsteuerung als lebensrelevant ausgezeichnet werden. In ihrer Kritik an der Plausibilität dieser Argumentation treffen sich Anhänger der am Herztod wie der am „Teilhirtod“ (s.u.) festgemachten Todesvorstellung: Warum, so fragen sie, soll ausgerechnet die hirnstammlokalisierte Steuerungsfähigkeit von Atmung und Kreislauf bedeutsam für die Lebendigkeit eines Organismus sein, nicht aber die Funktionsfähigkeit von Lunge und Herz selber (deren maschinellen Ersatz wir doch als verträglich mit dem Leben ansehen) und auch nicht die Rückenmarkfunktionen, die noch bei Hirntoten „integrative“ Reflexe tätigen? Werde hier nicht allein zum Zwecke der Abgrenzung gegen eine Teilhirtodvorstellung – eine unbegründbare Auszeichnung des Gesamthirns (insbesondere des Hirnstammes) vorgenommen?

Die Bedeutung des endgültigen Verlusts aller Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit (3) ist gleichfalls hochgradig strittig. Der irreversible Verlust jeder minimalen geistigen Fähigkeit kann nach übereinstimmendem klinischem und neurophysiologischem Wissen jedenfalls dann sicher angenommen werden, wenn das Gehirn als substanzielle Basis aller Wahrnehmung in seiner Gesamtheit abgestorben ist. Wissenschaftlich umstritten ist hingegen die Frage, genau welche partiellen Gehirnläsionen für die Realisierung dieses Merkmals bereits ausreichen. Auch wenn die Diagnose eines irreversiblen Wahrnehmungs- und Empfindungsverlusts oft sicher und sofort gestellt werden kann, treten hier unterschiedliche Probleme auf. So kann es – wie auch neuere funktionale Bildgebung zeigt – Schwierigkeiten beim Ausschluss von Minimalbewußtsein und bei der funktionalen Irreversibilitätsprognose geben.

Für diejenigen, die theoretisch allein dieses Merkmal für todesbedeutsam halten (mentales Todesverständnis), mögen diese Schwierigkeiten Grund genug sein, auf praktischer Ebene dennoch immer das Absterben des Gesamthirns zu verlangen. Eine solche gewissermaßen auf Nummer sicher gehende Position nennt man tutoristisch. Dagegen vertreten einzelne andere Autoren eine Bewusstseinstod- Position für alle Fälle, in denen der irreversible Verlust allen Empfindens sicher festgestellt werden könne.

Eine zumindest minimale geistige Komponente theoretisch oder praktisch für lebenskonstitutiv zu halten, erscheint Kritikern dieser Position zutiefst unplausibel, moralisch unzulässig und gefährlich: Sie beruhe auf einem reduktionistischen Menschenbild, diskriminiere die Träger defekten, aber gleichwohl würdigen Menschenlebens nicht nur als minderwertig, sondern durch einen kaschierenden semantischen Gewaltakt als „tot“ oder „eigentlich tot“ und lüde zu weitergehenden Diskriminierungen anderweitig behinderter und belasteter Menschen ein.

Aber auch die Befürworter eines Bewusstseinstods beanspruchen für sich, ein nicht-reduktionistisches Menschenbild zur Grundlage ihrer Todesvorstellung zu machen. Menschenleben habe eine körperliche wie eine geistige Komponente und beide seien notwendige Lebensbedingungen. Des Weiteren handle es sich beim unwiederbringlichen und vollständigen Verlust der Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit keineswegs um eine Beeinträchtigung, die in Kontinuität mit anderen Behinderungen stehe und daher gefährlich sei.

(5) Organtransplantationen

Transplantations-
medizin

Seit den 1960er Jahren sind Organtransplantationen mehr und mehr zu Behandlungsoptionen bei vitalem Organversagen geworden. Inzwischen werden neben Nieren auch Herzen, Leber(teile), Lungen und Pankreata mit guten bis akzeptablen Erfolgen (Funktionsrate bei Nieren bis zu über 90%) übertragen. Auch wenn insbesondere die Gefahren der späten Organabstoßung noch immer nicht wirklich befriedigend unterbunden werden können, betrachten Ärzte wie Patienten die Transplantationsmedizin zumeist als großen Fortschritt. Zweifellos besteht die Gefahr, dass Patienten die Strapazen und Misserfolgsrisiken einer Organverpflanzung unterschätzen. Gewiss sollte einem grenzenlosen Transplantationsoptimismus entgegengewirkt werden. Aber insgesamt ist klar, dass die Verpflanzung einer Niere oder Leber für zahllose einzelne Menschen das Geschenk ihres Lebens ist. Eine entsprechende deutlich positive Bewertung von Transplantationen spricht aus der Stellungnahme der beiden großen Kirchen, nach welcher Spendeverfügungen als die aus christlicher Sicht begrüßenswerte Möglichkeit bezeichnet werden, „über den Tod hinaus Leben weiterzugeben in Liebe für den Nächsten“.

Überwiegend werden Organe von Verstorbenen transplantiert (postmortale Spende), bei Nieren und auch Leberlappen praktiziert man deutlich zunehmend (und mit noch besseren Erfolgen) auch die Transplantation von Organen von Lebendspendern.

Xenotransplantation Eine hypothetische ethische Sonderproblematik wirft die – noch nicht anwendungsreife – Übertragung tierischer Organe auf menschliche Empfänger auf. Hier geht es vor allem um die Frage der Risikobewertung (von Funktionsmiss-erfolgen und insbesondere von Infektionen durch das Transplantat) und um verschiedene Aspekte der Tierethik. Letztere problematisiert vor allem, dass die Organ-gebenden Tiere, in erster Linie gentechnisch modifizierte Schweine, nicht nur als Organlieferanten benutzt würden, sondern dazu auch unvermeidlich auf artfremde und strapaziöse Weise gehalten werden müssten, um die Pathogen-Belastung der Transplantat-Empfänger zu minimieren. Zumindest diskutiert wird in diesem Zusammenhang schließlich auch die Frage einer möglichen Veränderung der personalen Identität durch die Verpflanzung tierischer Organe.

Organknappheit Neben der im vorigen Abschnitt diskutierten Hirntod-Frage, die darüber entscheidet, wann jemand zum postmortalen Spender werden kann, wirft die Transplantationsmedizin ethische und rechtliche Fragen nach den Entnahme- und Verteilungsregelungen der zunehmend knappen Organe auf. Denn während sich die Indikationsstellung für Organtransplantationen weltweit ausweiten, ist das Organaufkommen ebenfalls weltweit bei weitem nicht ausreichend, um diesen Bedarf zu decken. Im Gegenteil, die Schere zwischen Angebot und Bedarf (Patienten auf der Warteliste) klafft zunehmend weiter.

In Deutschland werden die verschiedenen Verfahrensfragen (und die prinzipielle Anerkennung der Hirntoddefinition) durch das seit 1997 geltende hart erkämpfte Transplantationsgesetz (TPG) geregelt, das zuletzt 2019 geändert wurde. Anders als erhofft haben dieses Gesetz und die mit ihm verbundene Rechtssicherheit das Transplantataufkommen nicht wesentlich steigern können. Gegenwärtig stehen etwa 10.000 Patienten auf den (zentral geführten) Wartelisten. Für Nierenkranke besteht immerhin noch die (strapaziöse) Alternative der Dialyse. Patienten hingegen, die auf die anderen, vitalen Organe warten, erleiden nicht selten den „Tod auf der Warteliste“ – in Deutschland tritt er derzeit jährlich etwa 1000mal ein.

Auch rechnet man damit, dass die Wartezeiten (für eine Nierenverpflanzung derzeit 4-8 Jahre) weiter ansteigen könnten – dann nämlich, wenn die Zahl potenzieller Empfänger durch die stetig besser werdende Transplantationsmedizin wächst, während das postmortale Spendeaufkommen weiter stagniert. Die weiter und weiter klaffende Schere zwischen Angebot und Bedarf an postmortalen Organen hat international (nicht in Deutschland) zu einem blühenden Schwarzmarkt für bezahlte Lebendspenden (Organhandel) geführt. Seine Verkäufer und Zwischenhändler stammen aus den armen Ländern dieser Welt – aus Indien etwa, China oder dem Irak und zunehmend aus osteuropäischen Ländern, beispielhaft Moldawien. Die Fachwelt berichtet von Tausenden von Organver-

käufen pro Jahr, Tendenz steigend, obgleich es weltweit eine einhellige Ablehnung dieser Praxis durch die einschlägigen Fachgesellschaften und in den meisten Staaten strafbewehrte Verbote gibt. Diese Fakten wiederum haben in der internationalen Fachwelt den Anlass zu ernsthaften Debatten über neue und alte Mittel zur Steigerung des Transplantataufkommens geliefert, die selbst das Thema des Organhandels nicht mehr völlig einstimmig ablehnen.

Aktuell (vgl. im Internet: Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018) geben aktuell 84% der deutschen Bevölkerung eine positive Einstellung zur Organspende Ausdruck; 72% sind grundsätzlich mit einer eigenen postmortalen Organspende einverstanden; nur 8% lehnen dies ausdrücklich ab. Zu diesen gehören u.a. Kritiker des bei der postmortalen Spende unterstellten Hirntodkonzeptes oder der Hightech-Medizin im Allgemeinen oder diejenigen, die in die heutige Transplantationsmedizin und ihre Akteure kein hinreichendes Vertrauen haben. Die Mehrheit teilt diese Bedenken offensichtlich nicht – und doch besitzen nur 39% der Bevölkerung einen Organspendeausweis, auf dem man sehr differenziert seine Spendewünsche und -ablehnung dokumentieren kann. Die Mehrzahl schweigt sich zu Lebzeiten aus, sodass – im Sinn der im deutschen Transplantationsgesetz vorgeschriebenen erweiterten (doppelten) Zustimmungslösung – nun die Angehörigen als Sprachrohr ihrer Verstorbenen deren früherem Spendewillen Gehör verschaffen könnten – was faktisch nur in der Minderheit erfolgt. Im Gegensatz zu dieser Regelung würde die enge Zustimmungslösung den Angehörigen keinerlei Rolle bei dieser Entscheidung zugestehen – etwa aus Angst vor missbräuchlicher Überschreitung ihrer Befugnis.

Was ist dazu aus ethischer Sicht zu sagen? Für all jene, die eine postmortale Spende wirklich nur aus Bequemlichkeit oder aufgrund eines diffusen Unbehagens gegenüber dem Sterben und seinen Begleitumständen unterlassen, gilt nach Ansicht vieler, dass sie eine ihnen selbst wenig zumutende und dem anderen außerordentlich helfende Handlung unterlassen, was nach eigentlich allen großen ethischen Theorien eine moralische Unterlassungsschuld ist. Dies müsse deutlicher ausgesprochen werden. Ein Schritt in diese Richtung ist durch die 2012er Novellierung des Transplantationsgesetzes erfolgt, die eine sogenannte Entscheidungslösung eingeführt hat. Diese Bezeichnung ist allerdings insofern ein „Etikettenschwindel“, als niemand sich entscheiden muss. Vielmehr werden alle Krankenversicherten ab 16 Jahren regelmäßig informiert und „nur“ befragt, ob sie nach ihrem Tod zur Organspende bereit sind.

Spende-Modi Weitergehende Alternativen hierzu wären die Pflichterklärung (Aussagepflicht zur postmortalen Organspende, egal in welche Richtung, z.B. anlässlich der Beantragung eines Personalausweises), wie sie etwa von der American Medical Association befürwortet wird, oder die in zahlreichen Ländern praktizierte doppelte Widerspruchslösung (bei der Organe entnommen werden dürfen, es sei denn, der Spender oder aber seine Angehörigen hätten zu Lebzeiten widersprochen). Diese letztgenannte Regelung wird aktuell (2019) vom deutschen Gesetzgeber diskutiert. Dabei geht es in der Debatte in erster Linie darum, ob diese Lösung mit dem Recht auf Selbstbestimmung vereinbar ist.

Ein immer wieder diskutierter Vorschlag ist schließlich das Clubmodell der reziproken Spendebereitschaft. Hiernach würden - um moralisches Trittbrettfahren zu verhindern - diejenigen Wartenden bevorzugt, die selbst ihre Spendebereitschaft bekundet haben.

Aufmerksamkeit schließlich verdienen Überlegungen zur finanziellen Kompensation der postmortalen Spende, die verschiedene Adressaten haben könnte. Erwogen wird ein monetärer Anreiz für Krankenhäuser, damit die Angehörigen potenzieller Spender auch tatsächlich gefragt werden. Immer wieder betonen Fachleute, dass solche Anfragen häufig unterblieben, weil ihr Gegenstand emotional belastend, ihre Ausführung schwierig und ihre mögliche Folge – eine Spendezustimmung – mit Folgekosten für das Krankenhaus verbunden sei. Eine Entschädigung für jede getätigte und dokumentierte Anfrage (unabhängig vom „Erfolg“) durch das Krankenhauspersonal sowie eine angemessene Pauschalzahlung für anfallende Explantationen liegen ökonomisch im Interesse auch der Krankenkassen und scheinen in keiner Weise ethisch bedenklich – im Gegenteil.

Aber auch eine Kompensation für die Spender selbst oder ihre Angehörigen wird diskutiert und etwa von der American Association of Transplantation Surgery propagiert – und scheint vielen vertretbar. Solange diese Zahlungen nicht die Schwelle des Unwiderstehlichen überstiegen, sondern nur dem leider eben oft nicht von selbst erfolgenden Schritt des ohnehin vorhandenen Spendewillens nachhelfen, wären sie – aus Sicht ihrer Befürworter – keine unzulässigen Formen der Manipulation.

Lebendspenden dürfen nach deutschem Transplantationsgesetz ausschließlich unter Verwandten, Ehepaaren sowie Personen erfolgen, die einander offenkundig in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen. Die Motive der Spender werden außerdem durch eine spezielle Kommission individuell geprüft. Ziel dieser im internationalen Vergleich eher restriktiven Regelung ist es, Lebendspenden aus finanziellen Gründen oder aufgrund von psychosozialen Druck innerhalb der Patientenfamilien so weit wie möglich zu verhindern. Gleichwohl haben auch in Deutschland die Lebendspenderaten deutlich zugenommen: bei Nieren liegen sie bereits bei etwa einem Drittel (2018).

Die Zuteilung von Transplantatorganen in Deutschland muss laut Transplantationsgesetz „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit“ erfolgen (TPG § 12). Zusätzlich verlangt das TPG, das Prinzip der Chancengleichheit dadurch zu realisieren, dass für die verschiedenen Organe einheitliche Wartelisten geführt werden. Dafür, wie die verschiedenen Kriterien (deren Auswahl und Gewichtung auf Wertentscheidungen basieren) präzisiert und

zusammengefasst werden, erstellt die Bundesärztekammer (BÄK) verbindliche Richtlinien. In den nach Punkten bemessenen Vergabe-Scores gehen – mit gewissen organspezifischen Unterschieden – u.a. das Maß der Gewebeverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger, dessen Wartezeit und ggf. dessen Lebensbedrohtheit ein. Deutschland beteiligt sich dabei an der länderübergreifenden Organvermittlung Eurotransplant, die gegenwärtig für acht europäische Länder vom niederländischen Leiden aus organisiert wird. Die demokratische Legitimierung der BÄK für die Entscheidung über die (normativ aufgeladenen) Vergabekriterien wird von verschiedenen Seiten in Frage gestellt.

(6) Verteilungsgerechtigkeit

Die Problematik

Gesellschaften, die für ihre Bürger eine Gesundheitsversorgung auf dem Niveau des jeweils aktuellen medizinisch-technischen Fortschritts vorhalten, müssen dafür immer mehr Geld ausgeben. Ursächlich hierfür sind die Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung, mit der die altersbedingte Krankheitsbelastung der Bevölkerung zunimmt, sowie die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts. Das betrifft auch Deutschland. Zwar muss hierzulande bisher niemand sterben oder unter gravierenden behebbaren Gesundheitsmängeln leiden, weil er selbst eine den medizinischen Standards entsprechende Behandlung nicht bezahlen könnte. Doch mehren sich die Anzeichen dafür, dass die Versorgungsqualität aus Gründen relativer Mittelknappheit an verschiedenen Stellen „suboptimal“ ist: Pflegenotstand, Wartezeiten, nur noch „zweitbeste“ Medikamente sind einschlägige Stichworte.

In unserer Gesellschaft herrscht weitgehendes Einverständnis darüber, dass die Bekämpfung von Krankheiten und die Behandlung krankheitsbedingten Leidens eine solidarische Aufgabe sein soll. So sollen Wohlhabendere für Ärmere und Gesundere für Kränkere die Kosten der Krankenversorgung mitfinanzieren; Behandlung und Rehabilitation, Prävention und Palliativmedizin sollen für jedermann zugänglich sein. Umgesetzt wird diese Idee seit dem späten 19. Jahrhundert (Bismarck 1883) durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in die Bürger unabhängig von ihren individuellen Krankheitsrisiken aufgenommen werden und in der sie sich unabhängig von ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit versorgen lassen können. Mehr als 90% der Bevölkerung werden gegenwärtig durch dieses Versicherungssystem krankenversorgt. Etwa 77% der Jahresausgaben für Gesundheitsleistungen werden in Deutschland von der „öffentlichen Hand“ getätigt.

Hinter dem gesellschaftlichen Übereinkommen, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems solidarisch erfolgen soll, steht die Überzeugung, dass Gesundheit und Überleben besondere Güter sind. Körperliches und geistiges Wohlbefinden werden für sich selbst als wertvoll empfunden. Darüber hinaus machen krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen und ein vorzeitiger Tod

die Verwirklichung vieler Lebenspläne schwierig oder unmöglich. Und schließlich ist die Sicherheit, im Falle zukünftiger Erkrankungen ohne Rücksicht auf die eigene Zahlungsfähigkeit medizinisch versorgt zu werden, für die meisten Menschen schon in gesunden Tagen sehr beruhigend. Diese dreifache Bedeutung bedarfsgerechter Krankenversorgung ist ein überzeugender und weit geteilter Grund dafür, auch in Zukunft an einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem festzuhalten. Als Schattenseite aber entstehen hier – bedingt durch die skizzierte krankheits- wie angebotsinduziert zunehmende Nachfrage – Mittelknappheit und somit Verteilungsprobleme.

Diese Knappheit an medizinischen Ressourcen ist allerdings ganz überwiegend (Ausnahme: der Mangel an Organtransplantaten) selbst schon das Ergebnis bestimmter Verteilungsentscheidungen: Dass Deutschland gegenwärtig x% seines Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung ausgibt und dass die Arbeitnehmer-Beiträge für die Gesetzlichen Krankenkassen derzeit bei etwa y% liegen und nicht weiter steigen sollen, sind ja keine unabänderlichen Gegebenheiten. Vielmehr resultieren sie aus einem Zusammenspiel politischer, institutioneller und ärztlicher Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen.

Deutsche Gesundheitspolitiker aller Parteien beteuern zwar, keine relevante Begrenzung medizinischer Leistungen auf der Mikroebene bewirkt zu haben oder bewirken zu wollen. Gleichwohl wurden seit den 1980er Jahren unterschiedliche Budgetierungen vorgenommen, die auf eine weder vor- noch nachher systematisch untersuchte Weise zu Leistungsbegrenzungen auf den nachgelagerten Ebenen geführt haben.

Wenn aber auf der Ebene konkreter individueller Versorgung die Ärzte und Patienten mehr Leistungserbringungen für bedarfsgerecht halten, als sie finanzierbar sind, müssen Kriterien oder Verfahren zur Leistungsbegrenzung gefunden werden. Diese Debatte wird unter den Überschriften „Priorisierung“ (wobei das Entscheidende eigentlich die Kehrseite, nämlich die „Posteriorisierung“ ist) oder „Rationierung“ geführt.

Begriffe Hinsichtlich der angemessenen Bezeichnung von Leistungsbegrenzungen herrscht in Deutschland notorische Uneinigkeit. Der politisch korrekte Begriff für das Thema der entsprechenden Debatten ist gegenwärtig Priorisierung, während es um Rationierung, so eine verbreitete Sicht der Dinge, (noch) nicht gehe. Priorisierung – d.h. das Erstellen von Ranglisten medizinischer Behandlungen nach ihrer Wichtigkeit – kann einen Maßstab dafür liefern, ob und wo in bestehenden Versorgungssystemen Über- oder Unterversorgung stattfindet. Nach verbreiteter Ansicht allerdings ist Priorisierung unter der Bedingung von Knappheit und mit der daraus resultierenden Intention der Kostenersparnis nun gerade nichts anderes als der erste theoretisch-systematische Schritt auf dem Weg zu einer gerechtfertigten Leistungsbegrenzung. Diese wird im anglo-amerikanischen Sprachraum ganz allgemein als *rationing*, also Rationierung bezeichnet. In Deutschland hingegen wird dieser letztgenannte Begriff häufig dahingehend eng ausgelegt, dass es um das (natürlich unerwünschte) Vorenthalten

lebensrettender oder anderer elementar wichtiger Maßnahmen aus Kostengründen gehe. Damit wird Rationierung zu einem Tabu-Wort und -phänomen.

Demgegenüber versteht man unter Rationalisierung meist das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Absenkung der Versorgungsqualität. Rationalisierungsmaßnahmen, so verstanden, sind offenkundig ethisch unproblematisch.

Eine weitere wichtige Unterscheidung ist diejenige zwischen impliziter (verdeckter) und expliziter (transparenter) Rationierung. Ein Beispiel für die erste Variante wäre eine Budgetkürzung, in deren Folge Ärzte individuell über Leistungsbegrenzungen entscheiden müssen, ohne dass dieses Resultat politisch angekündigt oder zugegeben würde. Anders bei der zweiten Variante, die allgemein bekannte und durch politische Entscheidung legitimierte Kriterien erfordert, so dass für alle Betroffenen dieselben Regeln gelten. Erstgenannte Variante ist politisch natürlich bequemer, (rechts-)ethisch aber mehr als fragwürdig, da sie den Bürgern die Möglichkeit der Kritik und Einflussnahme verwehrt.

Ärzte als Zuteiler
am Krankenbett?

Das „Verfahren“, das durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik schleichend zur Realität zu werden scheint, ist ein Delegieren der Zuteilungsentscheidungen an die Ärzte am Krankenbett. Diese implizite Rationierung (s.o.) ist insofern bedenklich, als es um Entscheidungen geht, die nicht allein auf der Grundlage medizinischen Sachverstands getroffen werden können. Solcher Sachverstand ist natürlich eine notwendige Bedingung sowohl für die Erstellung konkreter Priorisierungslisten (nämlich bei der vergleichenden Beurteilung medizinischer Nutzenpotentiale) als auch bei der Behandlung von Patienten nach Maßgabe von Zuteilungskriterien. Doch diese selbst bedürfen auch einer normativen Rechtfertigung, welche die Gesellschaft offen und transparent verantworten müsste. Diese Aufgabe den Ärzten zu überlassen, überfordert diese und führt zu kontingenten Verteilungsmustern, die möglicherweise inakzeptabel sind, verheimlicht werden, gar die Vertrauensgrundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses gefährden könnten.

Aufmerksame Beobachter beginnen zu registrieren, wie sehr die „Preisschilder, die an jedem Aspekt des ärztlichen Alltags kleben“ und zu kostensenkendem Verhalten animieren sollen, auch das Verhalten und die Grundeinstellungen der Ärzte negativ beeinflussen. Wie Kostenbewusstsein gestärkt und zugleich wesentliche Aspekte der ärztlichen Profession – etwa Pflichtbewusstsein, Altruismus und Kollegialität und damit eine hohe Versorgungsqualität – erhalten werden können, bedarf der genaueren Untersuchung. Richtig wäre, wenn Ärzte die ihnen zukommende Rolle als „Anwälte“ ihrer individuellen Patienten offen und durchgängig innerhalb des Rahmens gesellschaftlich vorgegebener und diskutierter Leistungsbereitschaft wahrnehmen könnten.

Faire Leistungs-
begrenzung

Jede Begrenzung irgendwie nützlicher medizinischer Leistungen innerhalb des öffentlich finanzierten Versorgungssystems kann eine gewisse Interessenverletzung der Betroffenen bedeuten und somit „weh tun“. Rechtfertigen lässt sie sich gleichwohl mit Blick auf konkurrierende andere öffentliche Aufgaben und auf

den Erhalt des Solidarsystems in der Krankenversorgung – allerdings nur dann, wenn sie keine Fairness-Grundsätze verletzt. Diese letzte Forderung näher zu bestimmen, macht Aufgabe und Schwierigkeit der ethischen Rationierungs- oder Priorisierungsdebatten aus, wie sie in immer mehr Ländern geführt werden – in Deutschland erst seit wenigen Jahren und sehr zögerlich. Einige Implikationen des Fairnessgebots sind (international) unstrittig: Leistungsbeschränkungen dürfen nicht den Grundsatz der Gleichbehandlung verletzen und daher nicht auf der Grundlage persönlicher Merkmale erfolgen. Geschlecht oder gesellschaftlicher Status, Lebensstil oder Vorbestrafungen, Beruf oder Vermögen sind damit keinesfalls vertretbare Kriterien für Rationierungsentscheidungen.

Einige weitere Priorisierungskriterien ergeben sich direkt aus den Zielen der medizinischen Versorgung, wie auch sie im Prinzip unstrittig sind: So soll die Versorgung bei „dringlichem“ Bedarf und schweren Erkrankungen vorrangig erfolgen und „bedarfsgerecht“ sein. In ähnliche Richtung weisen die Kriterien der „medizinischen Notwendigkeit“ und „Zweckmäßigkeit“, wie sie das deutsche Sozialrecht neben der „Wirtschaftlichkeit“ als notwendige und hinreichende Bedingungen bei der Ausgestaltung der GKV-Leistungsansprüche vorgibt. Diese Leitprinzipien geben allerdings als solche für eine systematische Ausgestaltung von Leistungskatalogen noch viel zu wenig vor: Dass etwa schwere Erkrankungen vorrangig behandelt werden sollen, sagt nichts darüber, wie trivial sie sein müssen, um nicht mehr aus GKV-Mitteln behandelt zu werden; was genau die Grenzen des „medizinisch Notwendigen“ sind, bleibt vage.

Auch in anderer Hinsicht sind die ethischen Grundprinzipien der Fairness und Gleichbehandlung so interpretationsoffen, dass unterschiedliche Autoren, Gremien oder Länder auf seiner Grundlage zu deutlich divergierenden Auffassungen über die ethische Zulässigkeit bestimmter konkreter Kriterien der Leistungseinschränkung kommen. Ein Beispiel hierfür ist das kalendarische Alters-Kriterium: Während die einen Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen ablehnen, weil sie unvereinbar mit dem Gleichheits- und Gerechtigkeitsgrundsatz seien, verteidigen andere ein genuines Alterskriterium, gerade weil es nicht gegen bestimmte Individuen oder Gruppen diskriminiere, da prinzipiell jedermann einmal alt werde. Zudem hätten die jeweils älteren Menschen bereits jahrzehntelang von einer sozial garantierten Krankenversorgung profitiert und sei es vernünftig und gerecht, die Hilfe zum gesunden Altwerden-Können vorrangig zu garantieren.

Insgesamt zeichnet sich wohl ab, dass die mühevoll Formulierte ethischer Rahmenbedingungen, wie sie von diversen internationalen Kommissionen (z.B. in Schweden, Norwegen oder den Niederlanden) geleistet worden ist, zu wenig Orientierung bietet und hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung weit hinter den – strittigen – konkreten Kriterien zurück bleibt, die etwa in Großbritannien oder Australien erarbeitet wurden. Zu den kontrovers bis hitzig diskutierten konkreten Kriterien gehören neben dem schon erwähnten Alter etwa Kosten-Nutzen-Bewertungen, Effizienz, Mindestnutzenschwellen, Selbstverschuldung oder das Akutprinzip.

Der Kostendruck, der auf dem Gesundheitssystem und damit auf Krankenhäusern wie Arztpraxen lastet, hat zu bestimmten Entwicklungen geführt, die von vielen bedauert werden. Insbesondere ist hier die sogenannte Ökonomisierung der Patientenversorgung zu nennen, unter der man deren Strukturierung und Ausübung nach wirtschaftlichen statt nach primär patientendienlichen Aspekten versteht. Wenn Krankenhausmanager ihre Abteilungs- und Bettenplanungen nicht nach den Bedarfen, sondern nach den erwartbaren Einnahmen planen (müssen), ist dies ein Abschied von der Patientendienlichkeit. Wenn Ärzte ihre Indikationsstellungen auch davon abhängig machen (müssen), wie gut oder schlecht die Interventionen vergütet werden, ist dies ein Verstoß gegen das Ärztliche Ethos, der akkumuliert zu berechtigtem Vertrauensverlust in die professionelle Integrität und Glaubwürdigkeit führt.

(7) Ethikberatung und Forschungsethik

Ethische Entscheidungen – auch im ärztlichen Alltag – bleiben am Ende persönliche Entscheidungen des Handelnden, die von ihm selbst verantwortet werden müssen. In Ausnahmefällen halten Menschen es sogar für richtig, aus ethischen Gründen gegen bestehendes Recht zu verstoßen (und dafür die gesetzlichen Sanktionen in Kauf zu nehmen). In aller Regel aber geben der Rechtsrahmen und geltende (d.h. allgemein akzeptierte) ethische Regeln dem individuellen Handeln Grenzen vor. Schon innerhalb derselben gibt es allerdings oft erhebliche Spielräume und zudem geben geltende Regeln nicht selten Anlass zu medizinethischen Diskussionen über ihre Rechtfertigungen.

Bei allem gebotenen Respekt vor persönlichen ethischen Entscheidungen sind gerade in solchen Bereichen wie der Medizinethik meist alle Betroffenen – Patienten wie Ärzte, Pflegende etc. – an ethischer Orientierung, Beratung und z. T. auch Reglementierung interessiert. Diesen Bedürfnissen wollen viele unterschiedliche Einrichtungen dienen. So befassen sich etwa auf gesellschaftlicher Ebene zahlreiche Gremien (etwa der Deutsche Ethikrat, kirchliche Gremien, Kommissionen auf Länderebene etc.) mit Fragen der Medizinethik; sie sollen der gesellschaftlichen Diskussion und der Politikberatung dienen.

Klinische
Ethikberatung

Auf der Krankenhausebene gibt es immer häufiger sogenannte Klinische Ethikkomitees (KEKs), die interdisziplinär zusammengesetzt sind und ethische Beratung für problematische Entscheidungen am Krankenbett anbieten und leisten. Meist geschieht dies auf Anfrage betroffener Pflegekräfte, Ärzte oder auch Angehöriger, die an den Beratungen dann in der Regel teilnehmen können. KEKs können darüber hinaus Richtlinien und Fortbildungen für ihre Klinik erarbeiten. Alle diese Hilfestellungen erfolgen auf freiwilliger Basis, sind also nicht gesetzlich vorgeschrieben und geben auch „nur“ Empfehlungen ab, die nicht rechtsverbindlich sind.

| | |
|--------------------------------|---|
| Ethikkommissionen | <p>Strikt davon zu unterscheiden sind sogenannte Ethikkommissionen, die an allen Medizinischen Fakultäten und Landesärztekammern eingerichtet sind und dort – auf gesetzlicher Grundlage – die ethische Begutachtung (und Genehmigung) von medizinischen Forschungsvorhaben an Menschen vornehmen müssen. Dabei geht es vor allem um die Abwägung von erwartbaren Nutzenchancen und Schadensrisiken, um Fragen der Patientenaufklärung, des Versicherungsschutzes und der Publikationsfreiheit.</p> |
| Forschung an Menschen | <p>Ob die Nutzen-Schadens-Bilanz einer klinischen Studie für die beteiligten Patienten und Probanden akzeptabel und zumutbar ist, soll zum einen von diesen selbst, zum anderen aber auch noch zusätzlich aus objektiver Perspektive (nicht zuletzt der Ethikkommission) beurteilt werden. Besonderes Gewicht erhält diese externe Beurteilung, wenn es sich um nicht einwilligungsfähige Studienteilnehmer (z.B. Kinder oder Patienten mit fortgeschrittener Demenz) handelt. Für solche Patienten war die Teilnahme an Studien für Jahrzehnte kategorisch untersagt: In den Nürnberger Ärzteprozessen, in denen Ärzte wegen grausamster Menschenversuche im Dienste der Nationalsozialisten verurteilt wurden, formulierte der Nürnberger Kodex (1947) ein striktes Verbot aller Forschung, in die nicht die Versuchssubjekte selbst eingewilligt hätten. Der Weltärztebund übernahm diese Forderung in der Deklaration von Helsinki (erstmalig 1964), die inzwischen allerdings vielfach modifiziert worden ist.</p> <p>So ist auch in Deutschland eine Teilnahme dieser verletzlichen (vulnerablen) Patientengruppen an Studien dann möglich, wenn sie selbst einen direkten klinischen Eigennutzen davon haben könnten und die Risiken und Belastungen im Verhältnis geringfügig sind. Zudem ist hier aus rechtlichen und ethischen Gründen immer eine Stellvertreterzustimmung zur Studienteilnahme erforderlich. Hingegen ist die Teilnahme nicht einwilligungsfähiger Patienten/Probanden an fremdnützigen Studien (d.h. solchen, von denen die Teilnehmer selbst keinen direkten klinischen Eigennutzen haben können) grundsätzlich unzulässig. Eine Ausnahme macht das Deutsche Arzneimittelgesetz seit 2005 bei Kindern, für deren Teilnahme an gruppennützigen Studien (die Kindern mit derselben Krankheit helfen könnten), wenn diese Studien alternativlos sind (z.B. weil sie nicht an erwachsenen Probanden durchgeführt werden können). Hinsichtlich der Risiken und Belastungen muss die Beurteilung gruppennütziger Forschung natürlich deutlich strikter sein als bei potenziell eigennützigen Studien. Als zulässig gelten hier definitiv nur minimale Risiken und Belastungen – egal wie hoch der erwartbare Gruppennutzen ist. Ziel dieser Regelung ist es, in restriktiven und verantwortbaren Grenzen die kontrollierte Arzneimittelforschung zugunsten von spezifischen Kindererkrankungen zu ermöglichen.</p> |
| Fehlverhalten in der Forschung | <p>Fehlverhalten in der Forschung muss nicht immer in einer ethisch unzulässigen Behandlung von Probanden liegen; es gibt eine Reihe anderer Vergehen, deren sich Wissenschaftler und andere Beteiligte schuldig machen können. Sie beziehen sich auf den Umgang mit geistigem Eigentum, den Umgang mit konkur-</p> |

rierenden Kollegen oder auf Wahrhaftigkeit bei der Produktion, Veröffentlichung und Begutachtung von Forschungsergebnissen. Die Rate der Wissenschaftler, die sich etwa des Plagiats, der Fälschung von Daten, der Laborsabotage, des Verschweigens von Interessenskonflikten oder unlauterer Veröffentlichungspraktiken wie Gefälligkeitsautorschaften oder intransparentes Ghostwriting schuldig machen, scheint unter dem Konkurrenzdruck des Wissenschaftsbetriebs (publish or perish) beängstigend zuzunehmen. International haben Forschungsinstitutionen, Forschungsförderer und die Herausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften begonnen, geeignete Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

(8) Literatur

Weiterführende Fachliteratur

Birnbacher, Dieter (2013³) Analytische Einführung in die Ethik. Walter de Gruyter Verlag, 460 Seiten. Ein hervorragendes Buch über die Fragen, Probleme und Positionen der allgemeinen Ethik – für Interessierte mit längerem Atem.

De Ridder, Michael (2015) Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen. Deutsche Verlags-Anstalt, 304 Seiten.

Düwell, Marcus und Klaus Steigleder (Hrsg.) (2003) Bioethik. Eine Einführung. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 453 Seiten. Knapp 40 Aufsätze verschiedener gegenwärtiger Autoren zu einer großen Palette theoretischer und praktischer Probleme. Sehr unterschiedliche Sichtweisen und Zugänge.

Encyclopedia of Bioethics (5 Bände). Macmillan Verlag; die vollständig überarbeitete 3. Auflage ist Ende 2003 erschienen; steht in vielen Bibliotheken. Von den verschiedenen Nachschlagewerken m. E. die beste "Fundgrube" für Probleme, Positionen und Literatur in der gesamten Bioethik.

Kern-Stähler, Annette, Bettina Schöne-Seifert und Anna Thiemann (Herausgeber) (2013) Ethik in der Medizin: Literarische Texte für den neuen Querschnittsbereich. Mentis Verlag. 217 Seiten. Textausschnitte mit literarhistorischen und medizinethischen Kommentaren.

Marckmann, Georg (2015) Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mikich, Sonia (2014) Warum uns der Medizinbetrieb krank macht. btb Verlag, 352 Seiten.

Schöne-Seifert, Bettina (2007) Grundlagen der Medizinethik. Kröner Verlag, 227 Seiten. Einführende Abhandlung, die einen Überblick über zentrale medizinethische Fragen und ihre systematischen Zusammenhänge leisten soll.

Schramme, Thomas (2002) Bioethik. Campus Verlag, 160 Seiten. Gut verständlicher Text; erstes Hinführen zu wesentlichen Themen und Problemen.

Sturma, Dieter und Bert Heinrichs (2015) Handbuch Bioethik, Metzler Verlag. 493 Seiten. Neues informatives Nachschlagewerk mit umfassender Themenauswahl. Steht ebenfalls in vielen Bibliotheken.

Wiesing, Urban (Hrsg.) (2012) Ethik in der Medizin. Ein Reader. Reclam Verlag, 389 Seiten. Versammelt klassische und neuere Texte und Dokumente aus dem In- und Ausland zu zentralen Fragestellungen.

Kleine Auswahl an Belletristik und nicht-philosophischen Sachbüchern, die auch unter medizinpsychologischen und -ethischen Aspekten lesenswert ist:

Cymes, Michel (Deutsch 2016) Hippokrates in der Hölle: Die Verbrechen der KZ-Ärzte.

Gawande, Atul (Deutsch 2015) Sterblich sein: Was am Ende wirklich zählt.

Ishiguro, Kazuo (Deutsch 2005) Alles, was wir geben mussten.

Jund, Rainer (2019) Tage in Weiß.

Noll, Peter / herausgegeben von Max Frisch (1994) Diktate über Sterben und Tod.

Prossinger, Wolfgang (2008) Tanner geht: Sterbehilfe – ein Mann plant seinen Tod.

Schneyder, Werner (2008) Krebs.

Shaw, George Bernard (1911) The Doctor's Dilemma.

Shem, Samuel (Deutsch 1996/ 2007) House of God.

Tolstoi, Leo (1886) Der Tod des Ivan Iljitsch.

Wander, Maxie (1994) Leben wär' eine prima Alternative.