

Imago Hominis

BAND VII/Nr. 2 • 2000 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 97

AUS AKTUELLEM ANLASS

H. GILLESSEN

Warum aussteigen? Zum Konflikt um die Schwangerschaftskonfliktberatung in der BRD 99

FOCUS

M. RHONHEIMER

Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension 103

SCHWERPUNKT *Tugenden in der Bioethik*

D. v. ENGELHARDT

Von den Tugenden des Patienten 115

E.H. PRAT

Bioethik: Konsens und Tugendethik 125

M. WALLROTH

Tugend und psychische Gesundheit 139

MEDIZINISCH-ETHISCHE REFLEXION

G. FREIHERR VON SALIS-SOGLIO

„Haben wir die Pflicht, das Recht und die Freiheit, alles zu tun, was die Medizin zustande bringt?“ .. 149

S.O.M.

Bewertung der Multicenterstudie: „Amiodaron to prevent recurrence of atrial fibrillation“ 154

NACHRICHTEN 157

*Mediziner-Kongress • Bevölkerung • Lifestyle
Arzt-Patient Beziehung • Herzkrankungen
Psychologie • Gentherapie • Gesundheitspolitik*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 160

BUCHBESPRECHUNGEN 162

IMPRESSUM 168



DVR: 002987(017)

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Kein anderer Berufsstand blickt auf so lange ethische Traditionen zurück wie die Ärzteschaft. Offensichtlich wurde schon seit jeher eine besondere sittliche Sensibilität von jenen Personen gefordert, denen im Vertrauen eine gewisse Verfügungsgewalt über den eigenen Leib und auch die Seele geschenkt wird. Die hohe Anforderung muss auf die Materie der ärztlichen Tätigkeit zurückgeführt werden. Wer über das Leben und die Gesundheit eines anderen Menschen Eingriffsgewalt erhält, muss vertrauenswürdig und verlässlich sein. Diese ethische Verpflichtung schützt daher Arzt und Patient gleichermaßen: den Patienten vor ungebührlichen, seiner Würde nicht entsprechenden Übergriffen, den Arzt in seiner Berufsausübung vor Routine und Verflachung. Der bereits 24 Jahrhunderte alte Hippokratische Eid schenkt uns Einblick in die Einstellung des antiken Menschen zu Gesundheit und Heilkunst. Eindrucksvoll sind auch die Tradition der Pflege des ärztlichen ethischen Bewusstseins und die Weitergabe von Normen über die Jahrhunderte hinweg bis in unsere Tage. Ihre verbrieften Ansprüche sind nichts anderes als Ausdruck der Einstellung und Haltung, d.h. der Tugenden, denen sich die Ärzteschaft zum Wohle des Patienten verpflichtet weiß. Dass Großteile der hippokratischen Normen unbeschadet der Jahrtausende ein Dauerbrenner geblieben sind, ist nur allzu leicht verständlich. Trotz oder gerade durch die wissenschaftlichen Fortschritte sind die ethischen Forderungen an den Ärztestand keineswegs geringer geworden. Jahrhunderte hindurch hat die Gesellschaft mit ihrem Vertrauen diese hohen selbstauferlegten ethischen Anforderungen der Ärzteschaft honoriert.

Die Arzt-Patient-Beziehung hat sich aber nun stark gewandelt. Die Autonomie des Patienten hat ihm eine andere Stellung in dieser Beziehung gegeben. Der Patient will sein Ver-

trauen nur auf streng kontrollierbare Grundsätze bauen. Ein freiwillig selbstauferlegter, aber schwer kontrollierbarer Kodex genügt der heutigen Gesellschaft nicht mehr. Sie will sich absichern. Sie muss es auch tun, wenn man bedenkt, welch unglaubliches Ausmaß an Manipulationsmöglichkeiten dem Mediziner in die Hände gelegt sind. Pflichten werden formuliert, an die sich der Arzt zu halten hat, Forderungen, an denen die Redlichkeit seines Tuns gemessen wird. Ein Großteil dieser Forderungen hat im Gesetz seinen Niederschlag gefunden. Der Arztberuf wird von einem Bündel deontologischer Pflichten begleitet, die im Gesetz ihre konkrete Ausformulierung und in der Rechtsprechung ihr Kontrollorgan gefunden haben. Das Pendel schlägt bisweilen in die andere Richtung aus. Patientenanwälte und Ombudsstellen haben alle Hände voll zu tun, um den Forderungen der Patienten Gehör zu verschaffen. Manch einem Arztkollegen wird dadurch die eigene Berufsausübung verleidet. Wir erleben die Tendenz, dass dem Arzt immer mehr Pflichten und dem Patienten immer mehr Anspruchsrechte eingeräumt werden.

Anhand der Tugendethik kann die Sachlage dieser Problematik deutlich aufgezeigt werden. Tugend als unaufgebbare sittliche Anforderung des Gelingens des Lebens ist nicht exklusiv für einen Berufsstand bestimmt, sondern Wegweiser aller Sittlichkeit, der des Arztes wie auch der des Patienten. Und Tugenden stehen vor Pflichten, d.h. wir haben Pflichten, weil wir an die Sittlichkeit, d.h. an Tugenden gebunden sind. Auch der Patient handelt im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung, und je mehr er auf Autonomie pocht, um so stärker muss er sich für sein Handeln verantworten, d.h. um so stärker ist er sittlich gefordert. Er sollte auch im Hinblick auf seine Gesundheit das „Gelingen seines Lebens“ in die Hand nehmen und

nicht nur die Pflichten des Arztes einfordern, sondern in erster Linie die von ihm selbst geforderten Tugenden und Pflichten wahrnehmen. Wo wird heute überhaupt von Tugenden und Pflichten des Patienten gesprochen? In einer Zeit, in der überall in der Welt die Frage aufgeworfen wird, welches Maß an Gesundheitsversorgung wir uns leisten können, muss das Augenmerk auch auf das Verhalten des Patienten im Behandlungsprozess gerichtet werden oder der Blick auf die Lebensführung aus Gründen der Prävention gewährt werden.

Es geht also um Tugenden und Pflichten, aber nicht nur um die des Arztes, sondern auch

um die des Patienten. Deshalb enthält dieses Heft neben einem allgemeinen Aufsatz von M. RHONHEIMER über die anthropologischen Grundlagen der Tugenden und einem anderen von E. PRAT über den Stellenwert der Tugenden in der Bioethik eine Arbeit von D. ENGELHARDT, die die erwähnte Thematik der Tugenden des Patienten gründlich beleuchtet. Die Beziehung zwischen Tugend und psychischer Gesundheit wird von M. WALLROTH aus psychologischer Sicht behandelt.

Die Herausgeber

Warum aussteigen?

Zum Konflikt um die Schwangerschaftskonfliktberatung in der Bundesrepublik Deutschland

Herbert GILLESSEN

Vorgeschichte

Der Konflikt um die Schwangerschaftskonfliktberatung, der die katholische Kirche in Deutschland in eine schwere Krise gebracht hat, hängt u.a. mit der Wiedervereinigung Deutschlands zusammen. 1990 galt in der BRD für den Schwangerschaftsabbruch eine sogenannte Indikationen-Regelung, während in der DDR eine Fristen-Regelung in Kraft war.

Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 gab nun dem gesamtdeutschen Gesetzgeber auf, spätestens bis Ende 1992 eine Regelung zu treffen, die den Schutz des vorgeburtlichen Lebens und „die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen schwangerer Frauen“ besser gewährleiste, als dies in den beiden Teilen Deutschlands damals der Fall war.

Ein erster Gesetzesentwurf wurde vom Bundesverfassungsgericht am 28. Mai 1993 als nicht verfassungskonform zurückgewiesen. In seinem 4. „Leitsatz“ sagte das Gericht: „Der Schwangerschaftsabbruch muss für die ganze Dauer der Schwangerschaft grundsätzlich als Unrecht angesehen und demgemäß rechtlich verboten sein. Das Lebensrecht des Ungeborenen darf nicht, wenn auch nur für eine begrenzte Zeit, der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung des Dritten, und sei es selbst der Mutter, überantwortet werden.“

Im 11. „Leitsatz“ bahnte sich dann jedoch ein folgenschwerer Paradigmenwechsel an: „Dem Gesetzgeber ist es verfassungsrechtlich grund-

sätzlich nicht verwehrt, zu einem Konzept für den Schutz des ungeborenen Lebens überzugehen, das in der Frühphase der Schwangerschaft in Schwangerschaftskonflikten den Schwerpunkt auf die Beratung der schwangeren Frau legt, um sie für das Austragen des Kindes zu gewinnen, und dabei auf eine indikationsbestimmte Strafdrohung und die Feststellung von Indikationsbeständen durch einen Dritten verzichtet.“

Aufgrund dieser und anderer Vorgaben wurde am 29. Juni 1995 vom Deutschen Bundestag das „Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz“ verabschiedet. Es sieht nur noch zwei Indikationen vor: die medizinische (ohne zeitliche Begrenzung) und die kriminologische (bis zur 12. Woche nach der Empfängnis).

Dazu kommt nun die sogenannte „Beratungsregelung“. Sie besagt, dass ein Schwangerschaftsabbruch für alle Beteiligten straflos ist, wenn 1.) die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen; 2.) der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird; 3.) seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung „ist ergebnisoffen zu führen. Sie geht von der Verantwortung der Frau aus. Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens.“

Der Konflikt innerhalb der katholischen Kirche

I. Die Warnung des Papstes

Am 21. September 1995 schrieb der Papst den deutschen Bischöfen einen Brief, in dem er seine Besorgnis über das neue Abtreibungsgesetz ausdrückte. Er würdigte zwar einige positive Ansätze, kritisierte dann aber vor allem den veränderten Stellenwert, den das neue Gesetz der Beratungsbescheinigung zuweist. Sie bestätige, dass eine Beratung stattgefunden habe, sei aber zugleich ein notwendiges Dokument für die straffreie Abtreibung in den ersten 12. Wochen der Schwangerschaft. So „ist die Beratungsbescheinigung nun de facto die alleinige Voraussetzung für eine straffreie Abtreibung.“

Papst JOHANNES PAUL II. zitierte in diesem Zusammenhang Bischof LEHMANN, den Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, der am 10. Juni 1992 gesagt hatte: „Die Beratungsstellen können sich nicht in ein Verfahren einbinden lassen, das die Voraussetzung für die straffreie Tötung eines ungeborenen Menschen macht.“

II. Vorläufige Richtlinien

Trotz dieser Warnung beschlossen die Bischöfe, im staatlichen System der Konfliktberatung zu bleiben. Am 21. November 1995 erließen sie „Vorläufige Bischöfliche Richtlinien für katholische Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen“, nach denen ein Nachweis nicht ausgestellt wird, wenn die ratsuchende Frau sich nicht auf eine Beratung im Sinn dieser Richtlinien eingelassen hat, und wenn die beratende Person die Beratung als noch nicht abgeschlossen ansieht.

Am 11. Januar 1998 schrieb der Papst den deutschen Bischöfen einen zweiten Brief, in dem er ihren jahrzehntelangen Einsatz für das ungeborene Leben ausdrücklich anerkannte, aber noch einmal auf das „Dilemma“ des Beratungsscheins hinwies. Auch die „Vorläufigen

Bischöflichen Richtlinien“ könnten dessen „widersprüchliche Spannung“ nicht beheben. „Die Frau kann den Schein aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen dazu gebrauchen, um nach einer dreitägigen Frist ihr Kind strafrei und in öffentlichen Einrichtungen und zum Teil auch mit öffentlichen Mitteln abtreiben zu lassen.“ So habe der Beratungsschein „faktisch eine Schlüsselfunktion für die Durchführung straffreier Abtreibungen“ erhalten. Die Beraterinnen würden gegen ihre Absicht „in den Vollzug eines Gesetzes verwickelt, der zur Tötung unschuldiger Menschen führt und vielen zum Ärgernis gereicht.“

Durch diese Zweideutigkeit werde „die Klarheit und Entschiedenheit des Zeugnisses der Kirche und ihrer Beratungsstellen verdunkelt.“ Der Papst bat darum die Bischöfe, Wege zu finden, „dass ein Schein solcher Art in den kirchlichen Beratungsstellen nicht mehr ausgestellt“ werde. Dies sollte aber so geschehen, „dass die Kirche auf wirksame Weise in der Beratung der hilfesuchenden Frauen präsent“ bleibe.

III. Paradigmenwechsel

Die Deutsche Bischofskonferenz setzte daraufhin eine Arbeitsgruppe ein, die nach einer Lösung im Sinne des Papstes suchen sollte. Am 14.1.1999 legte sie ihren umfassenden Bericht vor. Darin wurde das Beratungskonzept des neuen Gesetzes als „Paradigmenwechsel“ im Lebensschutz ausdrücklich gewürdigt: „Um überhaupt Kenntnis von der Existenz des Kindes zu erlangen und somit eine Chance für den Schutz des ungeborenen Lebens zu erhalten, bedarf es des im Beratungskonzept zum Ausdruck gekommenen Verzichts auf eine Strafdrohung für einen Schwangerschaftsabbruch nach erfolgter Beratung, um die Schwangere zu einem echten Dialog hin innerlich zu öffnen. Die Strafflosigkeit ist eine Voraussetzung, damit von der Frau erwartet werden kann, dass sie sich ernsthaft auf die Beratung einstellt und einlässt.“ (S.10)

Die Arbeitsgruppe empfahl einen „Beratungs- und Hilfeplan“, welcher der Schwangeren in Not rechtlich verbindliche Zusagen machte, für den Fall, dass sie das Kind austragen würde. Der Papst griff diesen Vorschlag auf, allerdings mit einer wichtigen Modifikation: Die mit dem „Beratungs- und Hilfeplan“ gekoppelte Bescheinigung sollte keinerlei Bezug zum neuen Gesetz enthalten und den Zusatz tragen: „Diese Bescheinigung kann nicht zur Durchführung straffreier Abtreibungen verwendet werden.“

Mehrere Vertreter der Ärzteschaft erklärten daraufhin, sie fühlten sich durch diesen Zusatz „verunsichert“ und würden einen solchen Schein nicht zur Abtreibung verwenden. Doch bald war von Juristen und Politikern zu hören, ein solcher Zusatz sei juristisch irrelevant und ändere nichts an der gesetzlichen Funktion des Beratungsscheins.

Auf eine Anfrage des Kölner Kardinals Joachim MEISNER ließ der Papst den deutschen Bischöfen mitteilen, es sei nicht zu erkennen, wie die Kirche in der gesetzlichen Konfliktberatung bleiben könne, „falls die staatlichen Stellen den genannten Zusatz faktisch ignorieren.“

Am 23. November 1999 erklärten die Bischöfe dann nach einem erneuten Brief des Papstes, dass sie zwar die Beratung schwangerer Frauen in Not intensivieren, aber in Zukunft keinen Beratungsschein mehr ausstellen lassen wollten, der den Weg zu einer straffreien Abtreibung ermögliche. Im Lauf des Jahres 2000 würden sie deshalb eine Neuordnung der katholischen Beratung im Sinn der Weisung des Papstes durchführen.

Warum aussteigen?

Das Hauptargument der Befürworter des Verbleibs der Kirche im staatlichen Beratungssystem lautet: Nur so erreichen wir die Frauen, die unschlüssig sind, und können sie womöglich für das Austragen der Schwangerschaft gewinnen. Mehrere Frauen bezeugen, dass sie durch die einfühlsame und kompetente Beratung ermutigt wurden, das Kind nicht abtreiben zu lassen.

Aber rechtfertigt diese Möglichkeit das Verbleiben im System? Durch das Aushändigen des Beratungsscheins erhält die Frau die Möglichkeit, mit einem Arzt einen rechtskräftigen Vertrag zwecks Tötung ihres Kindes zu schließen. Ein „kirchlicher Schein“ fördert zudem den Irrtum, die Kirche akzeptiere die Entscheidungsautonomie der Frau in dieser Sache.

Die Beraterinnen geraten in einen schweren Gewissenskonflikt: sie beraten zugunsten des Lebens und ermöglichen doch (ungewollt!) die Tötung des Kindes. Ein katholischer Frauenarzt berichtete, Frauen hätten um Abtreibung ersucht mit einem Beratungsschein, den sie „von der Kirche“ bekommen hätten.

Es geht um die Glaubwürdigkeit unseres Zeugnisses für das Lebensrecht des ungeborenen Kindes. Sachliche Kompetenz, menschliche Wärme und konkrete Hilfeleistung der katholischen Beraterinnen werden Frauen in Not auch in Zukunft anlocken, Kinder retten und Frauen helfen: dieses Ziel ist alle Mühe wert.

*Dr. Herbert GILLESSEN, Pfarrer
Königin-Luise-Str. 33
D - 14195 Berlin*

FOCUS

Die sittlichen Tugenden.

Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension¹

Martin RHONHEIMER

ZUSAMMENFASSUNG

Ethik spricht vom handelnden Menschen. Sie ist die Lehre von jenem Guten, in dem wir als freie, vernünftige Wesen unser Glück finden können. „Glück“ ist jedoch nicht einfach subjektive Befriedigung, sondern Erfüllung des Strebens nach Maßstäben von Vernünftigkeit. In der Ethik geht es deshalb darum, die Bedingungen für die „Wahrheit der Subjektivität“ zu analysieren. Eine Tugendethik behauptet, dass diese Bedingungen vor allem im Besitz der Tugenden bestehen. Gemäß klassischem Verständnis kennzeichnen sittliche Tugenden jene Verfasstheit menschlicher Personen, bei welcher diesen, was in Wahrheit und vernünftigerweise gut ist, auch (subjektiv) als gut erscheint: Sittliche Tugenden sind affektive Bedingung für die Vernünftigkeit von Handlungssubjekten. Sie richten das handelnde Subjekt affektiv auf das Gute aus und potenzieren auf diese Weise praktische Vernunft, insbesondere die Fähigkeit, auch im Einzelnen und Konkreten das sittlich Richtige zu erkennen und es auch effektiv zu tun. Somit kommt ihnen eine anthropologische und kognitiv-praktische Doppelaufgabe zu, ohne dadurch den Begriff sittlicher Verpflichtung und den rationalen Diskurs über moralische Prinzipien, Regeln oder Normen überflüssig zu machen.

Schlüsselwörter: Tugend, Tugendethik, moralische Prinzipien, Normen

ABSTRACT

Ethics is about the acting human person. Ethics is a doctrine about the good in which, as free and rational beings, we can achieve happiness. Rather than the simple satisfaction of one's subjective desires, „happiness“ denotes human fulfillment according to reason. Thus Ethics analyzes the preconditions of the „truth of subjectivity“. Virtue ethics argues that these preconditions principally consist in possessing the virtues. In their classic understanding, „moral virtue“ refers to a set of emotional dispositions and to the character of persons which makes appear as good to them (subjectively) what is good also according to reason and to truth. Accordingly, the moral virtues are the affective and emotional prerequisites for subjects who act according to reason. They affectively and emotionally direct the human person towards the true good and thereby enhance the power of practical reason. Especially regarding concrete and particular actions, they increase reason's capability of making out in each case the morally right thing to do, and of putting it into practice. So, moral virtues have a twofold dimension, anthropological and cognitive-practical, without however rendering thereby superfluous the concept of a „moral obligation“ and a rational discourse about moral principles, rules or norms.

Keywords: virtue, virtue ethics, moral principles, norms

Anschrift des Autors: Prof. Dr. Martin RHONHEIMER,
Pontificia Università della S. Croce, Pza. di Sant' Apollinare 49, I - 00186 Roma,
Privatanschrift: Berninastraße 85, CH - 8057 Zürich,
rhonheimer@usc.urbe.it, <http://www.usc.urbe.it/html/php/rhonheimer/>

1. Sittliche Tugenden und die „Perspektive der Moral“

Um über sittliche Tugenden zu sprechen, ist zunächst ein Wort über jene Perspektive zu sagen, die wir die „moralische“ nennen. Die „Perspektive der Moral“, wie sie hier verstanden wird, entspricht nicht genau dem, was zumeist im angelsächsischen Raum geläufigerweise *the moral point of view* genannt wird: der Standpunkt, welcher – jeweils das Verfolgen des Eigeninteresses einschränkend – die Interessen der anderen bzw. der Allgemeinheit geltend macht. Gemäß dieser Auffassung vertrete dann die Moral gegenüber dem seine eigenen, nur persönlichen Interessen verfolgenden Subjekt den Standpunkt der Unparteilichkeit; von *moralität* zu unterscheiden wäre dann die *prudence*, die bloße Klugheit, die jeweils das eigene Interesse verfolgt und deshalb durch Moralität in ihre Schranken gewiesen werden muss.¹ Diese Sicht enthält zwar einen Kern Wahrheit. In der Tat ist die der Moral eigene Perspektive diejenige eines das pure Eigeninteresse korrigierenden allgemeinen oder höheren Standpunktes. Zu bestreiten ist jedoch der behauptete Gegensatz zwischen persönlichem Interesse und Moral, bzw. ein Begriff des Moralischen als Einschränkung dessen, was in unserem persönlichen Interesse liegt.

In einer eudämonistischen Ethik, d.h. einer Moralphilosophie, die das Glücksstreben des Menschen nicht nur als empirisches Faktum, sondern als normative Grundgegebenheit anerkennt und für die „Glück“ deshalb der Horizont ist, in dem Moral und Eigeninteresse in irgend einer Weise zusammenlaufen, ist ein solches Dissoziieren der beiden Größen ohnehin nicht denkbar. Glück ist nämlich der Inbegriff der Erfüllung durch Besitz des Guten gemäß Maßstäben der Vernünftigkeit (da der Mensch ein vernünftig strebendes, d.h. wollendes Wesen ist). Moral hat es mit dem Guten zu tun, und Ethik ist die Lehre von dem Guten, in dem wir *vernünftigerweise* unser Glück finden können.

Die „Perspektive der Moral“, wie sie einer Tugendethik klassischen Zuschnitts zugrunde liegt, ist der Standpunkt des Menschen als leibgeistige Einheit und *handelndes Subjekt*, ausgestattet mit Trieben, Affekten und Emotionen, instinktschwach, aber gleichzeitig befähigt, aus seiner eigenen Zentralität sich durch Intellekt und Wille auf andere hin zu transzendieren, frei, und zugleich stets der Verfehlung seiner Freiheit ausgesetzt, zwar Herr seines Tuns aber doch auch immer gefährdet, dessen Sklave zu werden. Aus dieser Sicht macht die Dichotomie „Eigeninteresse – Moral“ keinen Sinn. Denn hier steht Moral gerade im Dienst des eigenen Interesses am Guten, nämlich im Dienste der Wahrheit dieses Guten und damit im Dienst des Interesses am Gelingen der eigenen Existenz, am „guten Leben“, ein anderes Wort für „Glück dieses Lebens“. Gleichzeitig aber kann das Interesse der jeweils anderen bzw. der Allgemeinheit an *ihrem* Wohl und dem für *sie* Guten jetzt auch als eigenes Interesse verstanden werden, da es – sofern der Handelnde auf Kohärenz bedacht ist – unmöglich erscheint, ein „Für-mich-in-Wahrheit-Gutes“ anzuerkennen und praktisch zu verfolgen, wenn ich es nicht grundsätzlich auch als ein „Für-die-anderen-Gutes“ anerkenne und insofern daran, dass sie dieses Guten teilhaftig werden, auch ein persönliches Interesse habe. Die Relevanz von Moral und ihren Wahrheitsansprüchen für die Verfolgung meines persönlichen Interesses garantiert gerade die Universalisierbarkeit solcher Ansprüche, die Gemeinsamkeit der Interessen und damit eine grundlegende, wenn auch nicht notwendigerweise bruchlose Verschränkung von Eigeninteresse und Moral. Freilich heißt dies nicht, sittliche Forderungen bzw. praktische Urteile seien wesentlich universal oder universalisierbar. Sie sind im Gegenteil partikulär, situationsgebunden, konkret und, wie Aristoteles sagt, „immer wieder anders“. Aber gerade dies ist nicht Thema der Moralphilosophie oder Ethik, sondern eben Gegenstand der konkreten praktischen Urteile des Hand-

lungssubjekts. Moralphilosophie beschäftigt sich gerade mit dem diesen zugrundeliegenden Allgemeinen, wodurch konkretes Urteilen und Handeln eben „moralisch“ wird.

Die wahre, der Perspektive der Moral eigene Dichotomie ist deshalb jene zwischen bloßem subjektiven Schein des Guten und der Wahrheit dieses „Scheinens des Guten“ vor der praktischen Vernunft. „Moral“ steht nicht im Dienste der Überwindung oder Unterdrückung von Subjektivität (auch nicht empirischer und sinnlicher Subjektivität), sondern im Dienste ihrer *Wahrheit*, gerade auch – und dies ist mit einem kritischen Seitenblick auf Kant gesagt – der Wahrheit der durch unsere empirischen und sinnlichen Antriebe geprägten Subjektivität. Die Perspektive einer Moral, der es um solche „Wahrheit der Subjektivität“ zu tun ist, ist immer jene des handelnden Subjekts, der „ersten Person“. Was wir in den Blick gewinnen müssen, ist wohl gerade dieser Standpunkt des handelnden Menschen, – der immer und notwendigerweise auf ein Gutes und, da er doch in seinem Streben nach dem Guten kein Betrogen sein will, auf ein „in Wahrheit Gutes“ aus ist –, sowie der diesen Standpunkt reflektierende ethische Diskurs. Die heutigen Bemühungen um „Ethik“, vor allem wenn sie sich primär als Diskurs zur Begründung von „Normen“ verstehen, leiden oft gerade darunter, dieser Perspektive nicht gerecht zu werden, trotz aller wertvollen Teileinsichten. Sie leiden unter dem Verlust der Frage nach dem Ethischen.²

2. Ethik als Lehre von der Tugend

Ethik entspringt einer Reflexion auf praktische Erfahrung, die Erfahrung von Handlungs-subjekten ist. Sie darf diese Perspektive des Handelns nicht verlassen, will sie das Phänomen „menschliche (sittliche) Handlung“ nicht verfälschen. Wenn wir in dieser Perspektive der Praxis von „Gütern“ und „Zielen“ sprechen, so meinen wir immer Korrelate eines *Strebens*,

und wir betrachten menschliches Tun als „Erstreben eines Gutes“. Das ist, was immer der Fall ist, wenn wir etwas tun.

Das Gute ist demnach, wie wir von Aristoteles lernen, immer etwas einem handelnden Subjekt „gut Scheinendes“. Mit „Schein des Guten“ ist hier nicht Täuschung gemeint, sondern das Gute, insofern es sich in der *Beurteilung* durch das handelnde Subjekt als ein solches zeigt. Gut – in der Perspektive der Praxis – ist ja gerade, was wir als gut *beurteilen*, und uns entsprechend als Gutes *erscheint*. Dass hier das „Urteil über das Gute“ zu einem „Schein des Guten“ führt, liegt darin, dass Handlungsurteile Urteile über Strebungen sind. Es handelt sich um affektiv *bedingte* Urteile und Urteile *über* Affekte und Strebungen. Deshalb auch ist es, wie ARISTOTELES bemerkt, „für das Handeln von der größten Wichtigkeit, ob man in der rechten oder in der verkehrten Weise Lust und Unlust empfindet.“³ Nicht weil wir immer aus „Lust“ handeln, sondern weil sie jenen Affekt bezeichnet, der die Vernunft am allermeisten zu desorientieren vermag, sie aber auch gleichzeitig, verläuft sie „in der rechten Weise“, die mächtigste Unterstützung der Vernunft ist.⁴

Die entscheidende Frage der Praxis besteht nun darin zu klären, welches die Bedingungen dafür sind, dass dieser „Schein“, bzw. dieses Urteil auch die Wahrheit trifft, dass das „gut Scheinende“ auch das „in Wahrheit Gute“ ist. Das ist nur dann der Fall, wenn das Streben selbst (Affekte und Wollen) das in Wahrheit Gute trifft. Genau so verhält es sich beim tugendhaften Menschen. „Der Tugendhafte nämlich urteilt über alles und jedes richtig und findet in allem und jedem das wahrhaft Gute heraus.“⁵

Ethik ist also, aristotelisch verstanden, Lehre von der Tugend. In dieser Tradition steht auch Thomas von AQUIN. Eine solche Ethik sucht nicht eine „Objektivität“ der „universalen Vernunftimperative“, oder der „menschlichen Natur“ oder aber eines „besten Weltzustandes“. Sondern die Bestimmungskriterien für eine

Art von Objektivität, die wir die *Wahrheit der Subjektivität* nennen können: Die Wahrheit praktischer Urteile von Handlungssubjekten über das ihrem Streben gegenständliche Gute. Das heißt nicht, Praxis und Ethik hätten nichts mit „universalen Imperativen der Vernunft“, mit „menschlicher Natur“ oder mit dem „besten Zustand der Welt“ zu tun. Gemeint ist vielmehr, dass wir darin für die ethische Reflexion keinen Ausgangspunkt finden können.

In der Tat verfälscht in der Ethik der Gegensatz „subjektiv“–„objektiv“ die Perspektive. Das sittlich Gute (oder Richtige) ist weder eine von bloßer Subjektivität abgehobene Objektivität, noch auch etwas Subjektives im Sinne eines subjektivistischen Relativismus. Objektivität ist in der Perspektive der Moral kein Gegenbegriff zu Subjektivität, sondern vielmehr eine bestimmte Verfasstheit von Subjektivität, nämlich deren *Wahrheit*. Die grundlegende Perspektive der Moral ist jedoch wesentlich immer die Perspektive der Subjektivität, d.h. des strebenden und aufgrund seines Strebens handelnden *Subjekts*. Nur in dieser Perspektive lässt sich verstehen, was eine sittliche Tugend ist.

Um die Frage nach den *Bedingungen der Wahrheit der Subjektivität* zu klären, sind mehrere Schritte nötig. Ethik ist insgesamt nichts anderes als die Klärung dieser Frage. Sie hat es demnach auch – wie jedes Wissen – mit Wahrheit zu tun. Damit ist klassische Tugendethik unterschieden von vielen gegenwärtigen Formen der Tugendethik, wie sie sich vor allem im angelsächsischen Raum in den vergangenen Jahrzehnten ausgebreitet hat.⁶ Diese Form der Tugendethik hat einen weitgehend nicht-kognitivistischen Charakter, d.h. sie behauptet, die Moralität einer Handlung und schließlich des handelnden Subjekts selbst entspringe nicht so sehr der erkennbaren – und im Nachhinein auch als Normen, Prinzipien oder Regeln formulierbaren – Richtigkeit von Handlungsweisen, sondern vielmehr der jeweiligen moralischen Verfasstheit des handelnden Subjekts. Nicht „Richtigkeit des Handelns“ definiert

hier, was die Tugend des Subjekts ist, sondern Tugend als richtige Verfasstheit des Subjekts definiert und generiert die „Richtigkeit des Handelns“. Wichtig ist also zunächst nicht, das „Richtige“ zu tun (schon gar nicht auf Grund von Normen, Prinzipien oder Regeln), sondern „richtig“ zu fühlen, richtig zu denken, die richtigen Motive zu haben, – kurz, ein subjektiv richtig verfasster (z.B. altruistischer, mitfühlender, starkmütiger, gerechtigkeitsliebender) Akteur zu sein. Daraus, so der moderne Tugendethiker, entspringen dann entsprechend richtige, moralisch wertvolle Handlungen. „Tugenden“ als subjektive Verfasstheit des Handlungssubjekts werden damit, mehr oder weniger scharf, der Erkenntnis und Befolgung von Prinzipien, sittlichen Normen und Regeln des richtigen Handelns entgegengesetzt. Die richtige Motivation durch tugendhafte Verfasstheit des Subjekts steht nun gegen „Verpflichtung“ durch Prinzipien, Normen und Regeln. Während der klassische (neuzeitliche) „Moralphilosoph“ die Erkenntnis der Richtigkeit von Handlungsweisen, entsprechende Prinzipien, Normen oder Regeln und die dadurch geschaffene sittliche Pflicht an den Anfang stellt, Tugenden hingegen dann als bloß abgeleitete Größe im Sinne einer subjektiven Verfasstheit *gemäß* den so erkannten Prinzipien, Normen und Regeln begreift, versteht der (moderne) Tugendethiker die sittlichen Tugenden als das Primäre, den Ursprung von Moralität, die Richtigkeit einer Handlungsweise hingegen als abgeleitete, aus der Tugend des Subjekts, der Richtigkeit seiner Verfasstheit entsprungene Größe. Damit tritt „Tugend“ bzw. richtige Motivation an die Stelle von sittlicher Pflicht: man tut das moralisch Richtige und Gute, nicht weil man Pflichten, Regeln oder Normen erfüllt, sondern weil man ein richtig verfasster, ein guter Mensch ist.

Die gegenwärtige, vor allem im angelsächsischen Raum vertretene Tugendethik kritisiert berechtigterweise einige Schwachpunkte neuzeitlicher „Moralphilosophie“ und akzentuiert

dabei wesentliche Anliegen klassischer Tugendethik. Die Unterschiede bleiben jedoch beträchtlich. Gegenwärtige Tugendethik ist einseitig und eine Extremposition. Klassische Tugendethik ist weder nicht-kognitivistisch (sie behauptete also nicht, dass die Richtigkeit einer Handlungsweise der Richtigkeit ihrer Motivation entspringt), noch kennt sie einen Gegensatz von Tugend und Pflicht.⁷ Ebenfalls reduziert sie jedoch die Tugenden auch nicht, wie dies die neuzeitliche Moralphilosophie tut, auf bloß habituelle Aneignung von Prinzipien, Normen und Regeln, sondern ist ausgesprochene Glückslehre: sie versteht das Gute, Richtige, Gesollte immer im Hinblick auf das dem Erreichen wahren – wenn auch u.U. durchaus unvollkommenen – Glücks Zutragliche. Klassische Tugendethik versteht Tugend als jene emotionale bzw. affektive Verfasstheit des Subjekts, die (1) auf rational erkennbaren Prinzipien gründet und durch die (2) das Richtige, die Pflicht, das Sollen dann im Einzelfall erst adäquat erkennbar wird, weil sittliche Tugend die Affektivität vernunftgemäß disponiert und damit Vernünftigkeit im partikulären Handeln ermöglicht und sichert (was keineswegs bedeutet, was im einzelnen das Richtige sei, könne nicht rational gerechtfertigt werden und könne vor dem Gewissen des Handelnden nicht als „Pflicht“ auftreten). Sittliche Tugend definiert und sichert damit auch die Bedingungen dafür, dass das Glücksstreben sich in den Bahnen von Vernünftigkeit vollzieht, dass wir darauf als Letztes und um seiner selbst willen erstrebtes Gut darauf aus sind, was auch *vernünftigerweise* als ein solches Letztes und Höchstes gewollt werden kann.

Sittliche Tugend ist damit in zweifachem Sinne Bedingung für die Vernünftigkeit des Handlungssubjekts: Sie bedeutet auf der Ebene der allgemeinen Prinzipien affektive Ausrichtung gemäß dem Vernünftigen, auf der Ebene der partikulären, konkreten Handlung hingegen kognitive Potenzierung durch die richtige motivationale, affektive Verfasstheit des Subjekts.

Dadurch greifen Vernünftigkeit (kognitiver Aspekt) und habituelle affektive Disposition (motivationaler Aspekt) eng ineinander, im Sinne der klassischen aristotelischen Zirkularität. Beides ist demnach richtig: Sittliche Tugend ist sowohl habituelle Verfasstheit des Subjekts *gemäß* vernünftigen, rational einsehbaren und argumentativem Diskurs zugänglichen Prinzipien (die auch als Normen oder Regeln gefasst werden können, und in diesem Sinne eine abgeleitete Größe sind); gleichzeitig ist sittliche Tugend aber auch selbst affektives Prinzip der Erkenntnis des jeweils Richtigen im Bereich des konkreten, unmittelbaren Handelns. Dadurch ist das Tugendgemäße jeweils auch das „Gesollte“ bzw. „Pflichtgemäße“ – allerdings nicht im Gegensatz zum subjektiven Streben begriffen, sondern gerade, sofern das Subjekt eben tugendhaft ist, ein diesem Streben, Fühlen und Wollen adäquates „Gesolltes“ und „Pflichtgemäßes“.

Dies ist nun noch im einzelnen weiter auszuführen.

3. „Tugend“ im allgemeinen, intellektuelle und sittliche Tugenden

Im allgemeinsten Sinne wird mit dem Wort „Tugend“ die Vollkommenheit eines operativen, d.h. auf den Vollzug von Akten gerichteten Vermögen bezeichnet. Solche Vermögen sind Intellekt (als theoretischer und praktischer) Wille, das sog. konkupiszible Strebevermögen (sinnliches Begehren) und das iraszible Strebevermögen (Mut). Das deutsche Wort „Tugend“ bringt in keiner Weise die ursprüngliche Bedeutung des griechischen *areté* und des lateinischen *virtus* zum Ausdruck. *Areté* meint so viel wie Trefflichkeit, Tüchtigkeit, Hochwertigkeit. *Virtus* kommt von *vir* (Mann) und meint ursprünglich etwa Mannhaftigkeit, dann aber auch einfach Trefflichkeit, Vorzüglichkeit, sittliche Vollkommenheit. *Areté* und *virtus* bezeichneten die Vortrefflichkeit des Menschen

als Menschen schlechthin. Tugendhaft – in diesem klassischen Sinne – ist demnach nicht, wer ein „untadeliges Leben“ führt, indem er sich nichts zuschulden kommen lässt, wer lieb und gut ist, auch wenn er sonst für das Leben nicht viel taugt, sondern wer seine menschlichen Vermögen immer zum Guten gebraucht, das Gute mit Souveränität, Beständigkeit und Freude tut, wer kompetent und gewitzt ist, sich auskennt und jede Lage schnell und richtig einzuschätzen vermag; kurz: wer realisiert, was Aristoteles das „gute Leben“ und *eupraxia* nennt. Das gute Leben ist ein durch die Ansprüche der Vernunft geordnetes Leben, und eben deshalb ein glücklich zu preisendes Leben – glücklich nicht, weil ein solches Leben unbedingt das erfolgreichste ist, sondern weil wir meinen, es sei eben gelungen. Deshalb, so erklärt Aristoteles scheinbar paradox, können wir einen Menschen eigentlich erst dann mit Sicherheit glücklich preisen, wenn sein Leben zu Ende ist.

Tugenden sind sämtlich Vollkommenheiten jener Vermögen, die auf Tätigkeit (*operatio*) ausgerichtet sind. Es gibt freilich operative Potenzen, die einer solchen Vervollkommnung nicht bedürfen, weil sie bereits naturhaft ihren Akt vollkommen vollziehen: Es gibt keine Tugend des Sehens oder Tastens. Zwar können die Akte dieser Sinne mehr oder weniger vollkommen sein; dies jedoch beruht auf der physiologischen Disposition des entsprechenden Körperorgans.

Auch die sinnlichen Strebevermögen bedürfen in sich betrachtet keiner operativen Vervollkommnung; sie wirken mit natürlicher Spontaneität, und auch hier ist das „besser“ oder „schlechter“ abhängig von physiologischen Dispositionen (die aber auch durch Gewöhnung in etwa modifiziert werden können). Als Vermögen einer menschlichen Person erhalten jedoch die sinnlichen Strebevermögen ihre letzte Vollkommenheit erst durch Integration in die Ordnung der Vernunft: durch Ausrichtung ihrer Strebedynamik auf das durch die Ver-

nunft beurteilte Gute (das *bonum rationis*). Dazu bedürfen sie der Tugend als einer über die Natur des Vermögens hinausweisenden Vollkommenheit.

Ähnliches gilt für den Willen: Dieser erstrebt zwar seiner Natur gemäß das Gute der Vernunft, aber mit der Beständigkeit einer naturgegebenen Disposition tut er dies nur, insoweit zwischen ihm als Streben eines Individuums und dem erstrebten Guten eine Proportion besteht. Von Natur aus existiert eine solche Proportionierung zwischen dem Akt des Willens und dem Guten nur bezüglich des Guten für den Strebenden selbst. Mit Beständigkeit erstrebt der Wille deshalb nur das eigene Gute wie Selbsterhaltung oder Anerkennung und Hilfe durch andere. Damit der Wille jedoch auch das Gute für den anderen mit derselben Beständigkeit – gleichsam eben auch naturhaft erstrebt, bedarf er einer zusätzlichen Vervollkommnung: der Tugend der Gerechtigkeit.

Die Tugenden des Strebens (d.h. des sinnlichen Begehrens, des Mutes und des Willens) nennt man *sittliche oder ethische Tugenden* gemäß dem griechischen *areté ethiké*, Vortrefflichkeit des *ethos*, d.h. des Charakters, der affektiven Disposition, der gewohnheitsmäßigen Neigung. So ist sittliche Tugend die Vortrefflichkeit dessen, was ein Mensch gewöhnlich tut und wozu er auf Grund seiner Dispositionen geneigt ist. Ähnliches drückt auch das lateinische *virtus moralis* aus (von *mos*, Sitte, Gewohnheit, Brauch, Charakter, Verhalten). Freilich ist die Etymologie hier nur von nebensächlicher Bedeutung.

Davon zu unterscheiden sind sogenannte *intellektuelle Tugenden* (Verstandestugenden, ARISTOTELES nennt sie *dianoetische*): Sie sind entsprechende operative Vollkommenheit des Verstandes, und zwar sowohl des theoretischen, wie auch des praktischen. Der Intellekt besitzt eine naturhafte Hinordnung auf die Erkenntnis der ersten (spekulativen und praktischen) Prinzipien. Er erfasst diese gleichsam spontan und bedarf dazu keiner weiteren Aus-

formung. Nicht jedoch gilt dies für jene Erkenntnis, die *aufgrund* solcher Prinzipien und vermittelt weiterer Sinneswahrnehmung erschlossen wird, d.h. für den eigentlichen inventiven Prozess der schlussfolgernden Vernunft (*dianoia*).

Die Tugenden des theoretischen Intellektes heißen *Weisheit* (*sophia/sapientia*) und *Wissenschaft* (*epistém/scientia*). Diese Tugenden vervollkommen den Intellekt in der Erfassung und Betrachtung von Wahrheit. Bezüglich der Erkenntnis der letzten und höchsten Ursachen sprechen wir von der Tugend der Weisheit; sie besitzt über alles andere Wissen eine architektonische, d.h. ordnende und beurteilende Funktion. Bezüglich der Erkenntnis von Wirklichkeit „nach unten“ hin vervollkommnet sich der Intellekt durch die verschiedenen Wissenschaften, deren es ebenso viele gibt, wie Gattungen des Wissbaren existieren. In diesem Sinne sind also beispielsweise Wissen und damit verbundene intellektuelle Fähigkeiten eines Historikers oder Physikers verschiedene Arten intellektueller Tugenden.

Der praktische Intellekt vervollkommnet sich durch die Tugenden der *Kunst* (*techné/ars*) und der *Klugheit* (*phronésis/prudentia*), wobei man im Falle von Kunst besser vom „poietischen Intellekt“ sprechen würde. Das moderne deutsche Wort „Tugend“ ist natürlich auf Kunsthandeln (worunter auch Technik fällt) kaum mehr anwendbar; und ebensowenig scheint es für Weisheit und Wissenschaft angebracht zu sein. Aber es geht hier ja nicht um Worte, sondern um den Begriff und die Sache: Die Tugend des Kunsthandelns ist Trefflichkeit oder Vollkommenheit des Intellektes (genauer: der Vernunft) bezüglich des *poiein/facere*, des Machens und Herstellens (*recta ratio factibilium*), eine Mischung von Wissen und Fertigkeit. Die Klugheit hingegen – ebenfalls ein abgegriffenes und missbrauchtes Wort – ist die Trefflichkeit oder Vollkommenheit der Vernunft bezüglich des *prattein/agere*, des Handelns, bzw. der Wahl guter Handlungen (*recta ratio*

agibilium), eigentlich praktische Weisheit oder, gemäß einem Wort des hl. Thomas von AQUIN, die „Weisheit in den menschlichen Dingen.“⁴⁸

Mit Ausnahme des Intellektes der Prinzipien und der Klugheit können wir die intellektuellen Tugenden im Zusammenhang der philosophischen Ethik außer acht lassen. Die Klugheit nimmt unter den intellektuellen Tugenden eine Sonderstellung ein: Sie ist zwar Vervollkommnung der Vernunft, diese Vervollkommnung ist jedoch durch affektive Dispositionen mitbedingt (was auf die anderen intellektuellen Tugenden nicht zutrifft). Die Klugheit ist im eigentlichen Sinne die Tugend der praktischen Vernunft, die in den Prozess des Strebens, in die affektive Dynamik eingebettet ist. Klugheit ist nicht nur abhängig von diesem Streben; als Tugend der praktischen Vernunft ist sie auch die Vollkommenheit jenes Vermögens, das dieses Streben kognitiv leitet. Deshalb rechnet man die Klugheit ebenfalls unter die sittlichen Tugenden. Ja, sie ist eigentlich die sittliche Tugend schlechthin, denn ein schlechter Mensch kann nicht wirklich klug sein. So ist sie die „rechte Vernunft dessen, was zu tun ist“, die *recta ratio agibilium*.

Tugend ist in allen Fällen Vollkommenheit eines operativen Vermögens, und zwar jene Vollkommenheit, die durch die Natur des Vermögens nicht schon gegeben ist und die bewirkt, dass dieses Vermögen die ihm gemäßen Akte in vollkommener Weise zur Ausführung bringen kann. Auch wer noch so intelligent ist: Ohne Studium, Übung und Erfahrung kann er kein guter Mathematiker oder Architekt werden. Ohne Wissen, Übung und Erfahrung vermag auch niemand ein guter Mensch zu sein, und das heißt: In allem oder zumindest zu meist das Gute und Richtige bezüglich des *konkreten* Handelns zu beurteilen und auch zu tun. Denn ein guter Mensch ist nicht nur ein solcher, der weiß, was im allgemeinen zu tun gut ist, sondern der dies auch im konkreten Hier und Jetzt weiß; und dies nicht nur weiß, sondern auch effektiv tut.

Um was für eine Art von Vollkommenheit handelt es sich näherhin, wenn wir von Tugend sprechen? Es ist eine Vollkommenheit, die mehr ist, als das Vermögen selbst; jedoch auch weniger noch als der „gute Akt“ des Vermögens. Die Vollkommenheit des Mathematikers ist mehr als bloße Intelligenz, und weniger als der Vollzug konkreter Akte mathematischer Erkenntnis oder Berechnung. Denn Mathematiker bleibt man ja auch, wenn man schläft oder Tennis spielt, also keine Akte vollzieht, die etwas mit Mathematik zu tun haben. Und dasselbe gilt von allen anderen Tugenden, wobei Akte der sittlichen Tugenden freilich in allen menschlichen Handlungen irgendwie mitspielen: Auch Tennisspielen ist abgesehen von Kunstfertigkeit auch menschliches Handeln: Man verfolgt ja ein Ziel, indem man sich z.B. damit den Lebensunterhalt verdient oder sich erholen oder Freundschaft pflegen will. Und auch Architekten beschränken sich nicht darauf, Häuser zu bauen, sondern damit erstreben sie immer auch etwas, was nicht einfach „Häuserbauen“ ist; und dieses Erstrebte kann z.B. gerecht oder ungerecht sein. Immer jedoch sind Tugenden Vollkommenheiten eines Vermögens, die es ermöglichen, die diesem Vermögen entsprechenden Akte gut zu vollziehen, die jedoch zugleich mit dem Vollzug der entsprechenden Akte nicht identisch sind.

Man nennt eine solche Vollkommenheit einen *Habitus*, eine Art stabile Disposition oder erworbene Neigung auf eine bestimmte Art von Aktvollzügen hin, die es ermöglicht, solche Akte mit der dem Vermögen entsprechenden Vollkommenheit, mit Leichtigkeit, Spontaneität und Treffsicherheit zu vollziehen. Tugenden sind gleichsam eine zweite, erworbene Natur auf der Ebene des Vermögens, durch die der Akt dieses Vermögens (Wahres erkennen, Schönes hervorbringen, Schuhe herstellen, Gerechtes tun usw.) so vollzogen werden kann, wie es die bloße Natur nur etwa beim Sehen, Hören usw. ermöglicht. Tugend ist also eine Art *Konnaturalität* mit den dem Vermögen ent-

sprechenden Aktvollzügen, ähnlich einem erworbenen Instinkt.⁹ Tugend ist Können, Virtuosität, Brillanz, Souveränität, Kompetenz, Treffsicherheit usw. in spezifischen Bereichen des Erkennens, Herstellens und Handelns. Sie ist die Vollkommenheit des Menschseins im Bereich seiner Tätigkeit und damit auch Vollkommenheit und Erfüllung von Freiheit.

Zusammenfassend: Tugend jeder Art ist ein auf den guten Aktvollzug eines Vermögens gerichteter *Habitus*: Ein *habitus operativus bonus*. Aber damit ist nur bezeichnet, was allen Tugenden (im Unterschied zum Laster) gemeinsam ist. Wir erkennen so auch gerade, was ein Laster ist: Es ist eine Abkehr davon, wozu das entsprechende Vermögen eigentlich ein Vermögen ist, und damit eine Depravation des Menschseins und menschlicher Freiheit. Ein Laster ist nicht nur eine andere Möglichkeit, ein Vermögen zu nutzen. Falsches Erkennen ist ja auch nicht einfach eine andere Art von Erkennen sondern eher ein Mangel an Erkennen und damit eine Abkehr des Erkenntnisvermögens von dem ihm eigenen, naturgemäßen Guten: der Wahrheit. Schlechtes Wählen und schlechtes Tun ist nicht eine andere Art von Verwirklichung des eigenen Menschseins, sondern eher ein Mangel an Verwirklichung von Menschsein: eine Abkehr von dem dem Menschen als Menschen eigenen, naturgemäßen Guten: der Tugend als Ordnung der Vernunft. Ein Mensch, der einen schlechten oder ungerichten Willen besitzt, ist nicht ein solcher, der eben die Dinge anders sieht, sondern einer, der zunehmend überhaupt nichts sieht, weil er sich von der Vernunft entfernt. Und die Vernunft ist es ja, die dem Menschen das für ihn als Menschen Gute aufzeigt. Dennoch ist das Laster ebenfalls *Habitus*. Im Willen ist er Stolz, Hochmut, im sinnlichen Begehren Unmäßigkeit oder Gefühllosigkeit, im Mut Feigheit oder Tollkühnheit.

Wie gesagt: Die Kennzeichnung der Tugend als „*Habitus guter Aktvollzüge*“ (*habitus operativus bonus*) gilt für *alle* Tugenden. Für die Be-

stimmung von „sittlicher Tugend“ ist sie nicht ausreichend. Was ist denn nun genauer eine sittliche Tugend?

4. Anthropologische und affektiv-kognitive Dimension der sittlichen Tugend

Sittliche Tugend ist die Vollkommenheit des Strebens (sinnliches Begehren, Mut¹⁰, Wille) und durch Streben bestimmten Handelns gemäß der Ordnung der Vernunft. Sittliche Tugend ist einmal Integration des Sinnlich-Leiblichen in die Logik des Geistes, Ordnung innerhalb der Seele; und weiter: Beständigkeit in der Öffnung des Willens auf das Gut des anderen, wobei „der Andere“ sowohl der Mitmensch als auch Gott ist.

Wie ARISTOTELES sagt, führt die Vernunft über das Streben der Sinne nicht wie über den Leib ein despotisches, sondern ein „politisches und königliches Regiment.“¹¹ „Politische Herrschaft“ ist Herrschaft über Freie. Diese sind nicht einfach unterworfen, sondern sie handeln aus eigenen Antrieben und können auch widersprechen. So vermag auch das sinnliche Begehren mit der Vernunft im Widerstreit zu liegen. Nicht „despotische“ Herrschaft einer im sittlichen Wissen vollkommenen Vernunft über die sinnlichen Antriebe vermag die Vollkommenheit des Handelns zu garantieren, sondern allein *Teilhabe* oder *Partizipation* der sinnlichen Antriebe an der Vernunft, so dass das Streben der Sinne selbst zu einem von Vernunft durchformten *Prinzip* menschlichen Handelns wird.¹² Damit ist die Beziehung zwischen Streben und Vernunft auf den Begriff gebracht: Jede sittliche Tugend ist Partizipation der jeweiligen Eigendynamik des Strebens an Vernünftigkeit und deshalb ein Habitus des vernunftgemäßen Strebens.

Vernunftgemäß ist, dass die Sinne begehren, wie es gemäß dem Urteil der Vernunft gut ist; dass man sich vor dem fürchtet, was gemäß dem Urteil der Vernunft und nicht nur der blo-

ßen Einschätzung der Sinne zu fürchten ist und das man entsprechend handelt (hin und wieder ist es ja schlicht unvernünftig, das Handeln durch Furcht vor Schmerz oder Tod bestimmen zu lassen oder diese zu fliehen); ebenfalls ist es der Vernunft gemäß, das Gute, das man für sich selbst erstrebt, auch für den anderen zu wollen; usw.

Deshalb erklärt Thomas von AQUIN, die sittliche Tugend sei „eine gewisse Disposition oder Form, die wie ein Siegel durch die Vernunft in das Strebevermögen eingepägt ist“¹³ und: „Sittliche Tugend vervollkommnet den strebenden Teil der Seele, indem sie diesen auf das Gut der Vernunft hin ordnet. Das Gut der Vernunft ist jenes, was durch die Vernunft moderiert oder geordnet ist.“¹⁴ Die sittliche Tugend sitzt also nicht einfach im Willen. Dies trifft nur auf die Gerechtigkeit zu. *Jedes* Strebevermögen besitzt *seine* Tugend(en): das sinnliche Begehren die Vollkommenheit des Maßes (*temperantia*) und der Mut die Vollkommenheit des Starkmutes oder der Tapferkeit (*fortitudo*).

Tugend ist deshalb nicht bloß eine innere Einstellung oder Grundhaltung. Sie ist nicht einfach Willensstärke oder Vernünftigkeit. Sie ist auch nicht Unterwerfung unter kategorische Imperative, Pflichtbewusstsein oder Entschlossenheit zum Guten.¹⁵ Vielmehr ist sie innere Harmonie des Menschen und aller seiner Strebungen mit der Vernunft. Der maßvolle Mensch begehrt mit Leidenschaft nach dem Vernunftgemäßen; der starkmütige Mensch widersteht mit Leidenschaft allen Gefahren und Hindernissen, die sich dem Erreichen des Vernunftgemäßen entgegenstellen (er ist starkmütig, beharrlich, geduldig). Und der Gerechte tut gegenüber dem Mitmenschen nicht nur seine Pflicht, sondern er liebt seinen Mitmenschen wie sich selbst und das für den anderen Gute wie das für ihn selbst Gute. Wahre Gerechtigkeit ist letztlich die fundamentalste Art von Wohlwollen. Die Klugheit jedoch ist der Habitus der mittel- oder handlungsbestimmenden praktischen Vernunft, der sich gerade

durch Integration dieser Vernunft in die Gesamtheit der anderen sittlichen Tugenden ausgebildet.

Subjekt oder Träger der sittlichen Tugend ist demnach jeweils ein Strebevermögen. Gerade die sinnlichen Strebungen (für den Willen ist dies ohnehin klar) werden dadurch zu Handlungsprinzipien, durch die gutes Handeln angetrieben, mitgeformt und, was gerade ARISTOTELES betont, lustvoll wird. „Das Tugendgemäße ist für den Freund der Tugend lustbringend“. So „ist der nicht wahrhaft tugendhaft, der an sittlich guten Handlungen keine Freude hat, und niemand wird einen Mann gerecht nennen, wenn er an gerechten, oder freigebig, wenn er an freigebigen Handlungen keine Freude hat.“¹⁶ Sittliche Tugend ist *affektive Konnaturalität* mit dem Guten, und zwar eine Konnaturalität des *ganzen* Menschen und aller seiner Strebungen.

Die Verbindung der Lehre von der Tugend mit der Lehre über die Lust fügt der anthropologischen Charakteristik der sittlichen Tugend eine zweite handlungstheoretische Bedeutung hinzu, auf die bereits verschiedentlich hingewiesen wurde. Es ist dies die *kognitive* Funktion der sittlichen Tugend.

Denn das Gute, das wir im Handeln verfolgen, ist ja immer ein gut-Scheinendes. Wie bereits eingangs bemerkt, ist mit diesem „Scheinen“ nicht eine Täuschung, sondern „Sichtbarkeit“ gemeint; d.h. die Tatsache, dass das Gute immer nur der affektiv eingebundenen Wertung des strebenden Handlungssubjekts als Gutes gegenständlich und somit sichtbar ist. Dass tugendhaftes Handeln ein Handeln aufgrund affektiver Konnaturalität mit dem Guten ist, heißt: Es ist ein Handeln, das auch im Konkreten mit Spontaneität und Sicherheit das in Wahrheit Gute trifft. Der Tugendhafte vermag in der Regel schlagartig Situationen richtig zu beurteilen und das Richtige zu wählen. Auch wenn kluges Handeln immer Erfahrung und Wissen voraussetzt, ist dennoch in einer solchen Art von Handeln die Affektivität aus-

schlaggebend; sie leitet geradezu das Urteil der Vernunft. Und wenn wir, obwohl wir im allgemeinen um das Gute wissen, im Konkreten dennoch Schlechtes wählen, so ist dies eben gerade, weil die Vernunft affektiv fehlgeleitet wird. Es ist die sogenannte *ignorantia electionis* bzw. der *error electionis*, Wahlunwissenheit und Wahlirrtum.¹⁷ Der Tugendhafte jedoch wählt immer das Gute, weil das ihm gut Scheinende auch immer das wahrhaft Gute ist. Er wird dadurch selbst Regel und Maß für das wahrhaft Gute.¹⁸ Denn seine Affekte, die ja für dieses Scheinen bestimmend sind, sind eben auf das der Vernunft gemäße Gute ausgerichtet.

Auch der nicht oder nur unvollkommen Tugendhafte kann das Gute wählen; aber nicht aufgrund affektiver Konnaturalität, sondern aufgrund von Wissen, bloßem „Pflichtbewusstsein“ und zumeist auch Zurückdrängung ungeordneter Affekte. Für KANT ist gerade dies unausweichliches Schicksal des Menschen und identisch mit „Tugend“, die er deshalb „moralische Gesinnung im Kampfe“ nennt.¹⁹ Die ARISTOTELISCHE Konzeption impliziert jedoch nicht, dass der Tugendhafte kein Pflichtbewusstsein oder kein Bewusstsein moralischer Verpflichtung besitzt. Im Gegenteil. Aber Pflicht ist für ihn identisch mit dem, was ihm gut scheint, worauf seine Affekte hinneigen und woran er Freude hat.²⁰ Der Tugendhafte besitzt auch ein *subjektives Interesse* am wahrhaft Guten. Das in Wahrheit Gute, das „Pflichtgemäße“, ist für ihn nicht einfach „Pflicht“ oder gar Last, sondern *sein Interesse*. So ist sittliche Tugend höchste Potenzierung von Freiheit und praktischer Vernunft, die gerade dadurch eben Klugheit wird.²¹

Genau diese, für eine klassische Ethik konstitutive Möglichkeit einer Einheit von „moralischem Sollen“ und subjektivem Interesse wird etwa von Hans KRÄMER grundsätzlich als illusorisch bezeichnet. Für Krämer gibt es deshalb zwei sich ergänzende, aber nicht in eine Einheit zu bringende Typen von Ethik: die Strebensethik (sie handelt von dem Für-mich-Guten,

weil Gewollten) und die Moralphilosophie (sie handelt von dem Für-den-Anderen Guten und deshalb Gesollten)²² Auf unreflektierte Weise impliziert ist hier allerdings ein Menschenbild, demgemäß es im Bereich des Für-mich-Guten kein „Sollen“ geben kann (und damit letztlich auch kein unrichtiges, nach moralischen Maßstäben korrigierbares Wollen); und im Bereich des Dem-andern-Geschuldeten kein wirkliches Wollen, sondern nur die *Einschränkung* meines jeweils auf das Für-mich-Gute gerichteten Willens. Der Mensch erscheint hier als ein radikaler Egoist, und moralisches Sollen als die Einschränkung dieses Egoismus zum Wohle des anderen bzw. zur Ermöglichung menschlichen Zusammenlebens.

Genau deshalb ist sittliche Tugend für das im Vollsinne gute Handeln notwendig. Tugend ist nicht einfach eine Form von Wissen, sondern Ordnung der Strebungen gemäß der Vernunft. Wissen ist nur ein Teil der Tugend, Weg zur Tugend und gleichsam, als Gewissen, Kontrolle für die Tugend, die als unvollkommene noch auf dem Weg ist.

Dass die Tugend ein *Wissen* um das Gute einschließt und deshalb in ihrem Bereich auch Wahrheitskriterien anerkannt werden müssen, das ist das ursprüngliche Anliegen des SOKRATES im platonischen Dialog „Protagoras“: Es geht hier um die Klärung der Voraussetzungen dafür, dass Tugend überhaupt durch Lehre vermittelt werden kann. Die unvermeidliche Einseitigkeit dieses in mannigfachen Aporien endenden Standpunktes, der vornehmlich als eine Gegenposition zur Sophistik entstanden ist, wurde erst von ARISTOTELES überwunden, jedoch ohne die entscheidende Erkenntnis preiszugeben: Sittliche Tugend *impliziert* Erkenntnis und ist eine Form von Wahrheit, die allerdings, so korrigiert ARISTOTELES, erst dadurch auch *praktisch* wird, dass die Affektivität dieser Wahrheit gemäß ausgerichtet ist. Das „Praktische“ besteht dabei allerdings nicht nur darin, dass praktische Erkenntnis auch zu effektivem *Handeln* führt, sondern auch in jener spezifi-

schen Art von Erkenntnis, die erst durch Integration der Affekte in die Sphäre der Vernunft möglich wird: eine Erkenntnis, die das Richtige und Gute im *Konkreten* bzw. *Partikularen* trifft. Denn *in sich* ist ja Vernunftkenntnis universaler Natur. Handlungen jedoch (bzw. das praktisch Gute „hier und jetzt“) sind immer partikulare Vollzüge in konkreten Situationen und im Zusammenhang mit bestimmten Personen, zu denen der Handelnde wiederum in dieser oder in jener Beziehung steht, Beziehungen, die selbst wiederum in eine kontingente Lebensgeschichte eingebettet sind. „Es ist also ein Wissen vom Jeweiligen, das erst das sittliche Wissen vollendet.“²³ Gerade die sinnlichen Affekte *verstellen* entweder den Blick auf das hier und jetzt zu tuende Gute, oder aber sie *ermöglichen* überhaupt erst, es zu sehen und auch zu tun. Dasselbe gilt aber auch für den Willen. „Der ARISTOTELISCHE Tugendbegriff fordert nicht nur, dass die praktische Vernunft den Bereich des Affektiven integriere; ARISTOTELES behauptet auch, dass sittliche Erkenntnis nur unter Voraussetzung dieser Integration möglich sei.“²⁴ Diese wechselseitige Beziehung, das geradezu zirkuläre Verhältnis zwischen Affektivität und praktischer Vernunft – „keine Tugend ohne Klugheit“ und „keine Klugheit ohne Tugend“ – ist allerdings nicht nur eine der wichtigsten Einsichten der ARISTOTELISCHEN Ethik; sie bildet auch eines ihrer zentralen Probleme. Dies jedoch ist hier nicht weiter auszuführen.²⁵

²² Der Text dieses Artikels ist teilweise dem Buch „La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica“, Armando, Rom 1994 entnommen, spanische Ausgabe: „La perspectiva de la moral“, Rialp, Madrid 2000. Das Buch wird in einer überarbeiteten Fassung voraussichtlich nächstes Jahr in deutscher Sprache unter dem Titel „Die Perspektive der Moral“ im Akademie Verlag Berlin erscheinen.

Referenzen

1. Diese typisch angelsächsische, aber auch im deutschen Sprachraum weit verbreitete, letztlich kantisch inspirierte Dichotomie ist aber gerade auch von angelsächsi-

- schen Autoren zuweilen kritisiert worden. Vgl. z.B. J. RAZ, *The Morality of Freedom*, Oxford 1986, 313 ff.
2. Vgl. F. RICKEN, *Kann die Moralphilosophie auf die Frage nach dem ‚Ethischen‘ verzichten?* In: *Theologie und Philosophie* 59 (1984), 161-177.
 3. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik* (=EN) II, 2, 1105a 6-7.
 4. Vgl. F. RICKEN, *Der Lustbegriff in der Nikomachischen Ethik des ARISTOTELES*, Göttingen 1976.
 5. EN III, 6, 1113a 30-31.
 6. Einige wichtige klassische Beiträge und weiterführende Bibliographie findet sich z.B. in: P. RIPPE und P. SCHABER (Hrsg.), *Tugendethik*, Stuttgart 1998; R. CRISP und M. SLOTE (Hrsg.), *Virtue Ethics*, Oxford 1997 (Oxford Readings in Philosophy).
 7. Zur klassischen Tugendethik in ihrer antik-griechischen Ausgestaltung vgl. die ausgezeichnete Studie von J. ANNAS, *The Morality of Happiness*, Oxford 1993.
 8. „...sapientia in rebus humanis“ (Summa Theologiae, II-II, q.47, a.2).
 9. Zum Begriff der Konnaturalität vgl. R. T. CALDERA, *Le jugement par inclination chez Saint Thomas d'AQUIN*, Paris 1980; M. D'AVENIA, *La conoscenza per connaturalità in S. Tommaso D'AQUINO*, Bologna 1992.
 10. Wie bereits oben erwähnt: „Sinnliches Begehren“ ist der sog. *appetitus concupiscibilis*, d.h. das durch die Perzeption von Sinnesgegenständen hervorgerufene Begehren; „Mut“ ist der *appetitus irascibilis*, d.i. jenes Begehren, das sich, ebenfalls auf der Ebene der Sinnesgegenstände, auf jene Güter bezieht, deren Erlangung die Überwindung eines Hindernisses, einer Beschwerde usw. implizieren. Das sinnliche Begehren wird durch die Tugend des Masses (*temperantia*) vervollkommenet, die, gemäss dem Urteil der rechten Vernunft, in der Mitte zwischen Unmässigkeit und Gefühllosigkeit liegt; dem irasziblen Begehren entspricht die Tugend des Starkmutes, die in der Mitte zwischen Tollkühnheit und Feigheit liegt, beides Extreme, welche ebenfalls jeweils vernunftwidrig sind.
 11. ARISTOTELES, *Politik*, I, 5 1254b 6.
 12. Vgl. Thomas von AQUIN, *Summa Theologiae I-II*, q.58, a.2.
 13. DERS., *De Virtutibus in communi*, a.9.
 14. DERS., *Summa Theologiae, I-II*, q.59, a.4.
 15. Vgl. auch F. RICKEN, *Kann die Moralphilosophie auf die Frage nach dem ‚Ethischen‘ verzichten?*, 172ff.
 16. ARISTOTELES, *EN I*, 9 1099a 10-11; 17-20.
 17. Vgl. dazu M. RHONHEIMER, *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis, Handlungstheorie bei Thomas von AQUIN in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, Berlin 1994, 396 ff.; 446 ff.
 18. Vgl. EN III, 6, 1113a 24 - b 1.
 19. I. KANT, *Kritik der praktischen Vernunft*, A 152 (W. WEISCHEDL, Studienausgabe IV, 207).
 20. EN IX, 8, 1169a 16-18.
 21. Vgl. G. ABBA, *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, Rom, 1989, 251.
 22. Vgl. H. KRÄMER, *Integrative Ethik*, Frankfurt a. M. 1992, 79 u. 132.
 23. H.-G. GADAMER, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, 3. erw. Aufl. Tübingen 1972, 305.
 24. F. RICKEN, *Kann die Moralphilosophie auf die Frage nach dem ‚Ethischen‘ verzichten?*, 174.
 25. Vgl. dazu M. RHONHEIMER, *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis*, vor allem Kap. IV. und V.

SCHWERPUNKT

Von den Tugenden des Patienten

Dietrich v. ENGELHARDT

ZUSAMMENFASSUNG

Der Patient hat in historischer wie gegenwärtiger Sicht nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten und kann Tugenden leben, was sich am Umgang mit der Krankheit, an der Beziehung zum Arzt, der Euthanasie und Forschung zeigen lässt.

Schlüsselwörter: Tugenden, Rechte und Pflichten des Patienten, historische Entwicklung, gegenwärtige Bedeutung, Arzt-Patient-Beziehung, Euthanasie, Forschung

ABSTRACT

In a historical as well a contemporary perspective, the patient does not only have rights, but also duties, and can implement virtues which can be shown in his coping with disease, the relationship with the physician, euthanasia and research.

Keywords: virtues, rights and duties of the patient, historical development, contemporary significance, physician-patient-relationship, euthanasia, research

*Anschrift des Autors: Prof. Dr. Dietrich von ENGELHARDT,
Medizinische Universität zu Lübeck, Inst. f. Medizin- u. Wissenschaftsgeschichte,
Königstraße 42, D - 23552 Lübeck*

I. Zusammenhänge

Die Gegenwart wird von einer asymmetrischen oder einseitigen Verteilung der Rechte und Pflichten auf Patient und Arzt beherrscht, von Tugenden wird nicht gesprochen: Rechte besitzt der Patient, Pflichten hat der Arzt. In der Vergangenheit war dagegen umgekehrt stets auch von Pflichten des Patienten und Rechten des Arztes die Rede; im übrigen wurde ebenfalls die Auffassung vertreten, dass Arzt und Patient wie auch Mitmenschen sich von Tugenden leiten lassen können und auch sollten.

Krankheit ist nicht nur ein Zustand, ein Sein, sondern vor allem eine Haltung, ein Bewusstsein. Der Patient leidet an einer Krankheit und muss mit ihr umgehen, er hat sich auf den Arzt und die medizinische Institution einzustellen, er steht in sozialen Kontakten und beeinflusst mit seiner Krankheit das Leben anderer Menschen. Der Patient nimmt nicht nur Symptome an sich wahr, sondern bewertet sie auch und kann sich seiner Situation angemessen verhalten oder ihr gegenüber versagen.

Medizinische Ethik lässt sich nicht nur auf den Arzt und die Gesellschaft begrenzen, sondern gilt immer auch dem kranken Menschen. Der Patient ist auf den Arzt, auf andere Patienten und die Umwelt bezogen, der Arzt auf den Patienten, die Kollegen, die Medizin und die Umwelt, die selbst wiederum mit dem Arzt und dem Patienten in einer Verbindung steht. Dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient kommt in diesem Beziehungsgefüge aber ohne Zweifel eine herausgehobene Bedeutung zu, die sich weder relativieren noch überwinden lässt. Die Ethik des Patienten wird – wie die Ethik des Arztes – von philosophischen und anthropologischen Voraussetzungen, von politisch-juristischen und wirtschaftlich-sozialen Verhältnissen, von individuellen Faktoren und nicht zuletzt vom diagnostisch-therapeutischen Entwicklungsstand der Medizin beeinflusst.

Ethos und Ethik oder sittliche Einstellung und sittliches Verhalten auf der einen und ethische Begründung auf der anderen Seite hängen zwar miteinander zusammen, sind aber nicht identisch. Zwischen Geboten und Praxis besteht ebenfalls ein Zusammenhang wie zugleich ein Unterschied; die Aufstellung von Pflichten ist keine Begründung und garantiert auch keineswegs schon ihre Realisierung. Die Bibel enthält moralische Gebote, die aber selbst nicht wieder theologisch abgeleitet werden; auch der sogenannte hippokratische Eid ist ein deontologischer Text ohne philosophische Rechtfertigung. Immer wieder zeigt sich für die Ausbreitung sittlichen Verhaltens, welche große Bedeutung dem konkreten Beispiel wie ebenfalls dem individuellen Gewissen und vor allem der Tugend als Kraft des einzelnen Menschen zukommt, sittliche Werte und Normen auch zu verwirklichen. Etikette als etablierte Sitte trägt ohne Zweifel ihrerseits zur Ausbreitung sittlichen Verhaltens bei.

Entscheidend sind im übrigen aber die Gesetze. Ethik in der Medizin hängt wesentlich von juristischen Sanktionen ab, da sich in der konkreten Realität ethisches Gewissen, ethische Forderungen und ethische Prinzipien nur zu oft als zu schwach erweisen, um sittliches Verhalten zu garantieren. Aber auch Gesetze können nicht alles regeln oder sichern, was für ethisch sinnvoll oder notwendig gehalten wird.

Die Begründung sittlichen oder moralischen Verhaltens wie sittlicher oder moralischer Gebote und Verbote kann von verschiedenen Prinzipien ausgehen, sie kann sich an unterschiedlichen Normen und Werten orientieren. Weltweit werden zur Zeit in der Bioethik oder Medizinischen Ethik vor allem folgende Prinzipien beachtet: Nutzen (beneficence), Schadensvermeidung (non-maleficence), Autonomie (autonomy), Gerechtigkeit (justice). Im Blick auf die ethische Praxis in der Medizin wie im Verhalten des Kranken und seiner Umgebung legt sich eine Erweiterung dieses Prinzipienquartetts um die Begriffe Würde (dignity) und Tugend (virtue) nahe.

Die Geschichte hat in Tagebüchern, Briefen, Lebenserinnerungen, Biographien, Leichenpredigten und wissenschaftlichen Aufzeichnungen zahlreiche Zeugnisse für den Umgang des Kranken mit seiner Krankheit überliefert. Werke der Kunst und vor allem der Literatur stellen ihrerseits eine wichtige Quelle als Reflex oder Spiegel ihrer Zeit dar und enthalten – genauso wie philosophische und theologische Schriften – stimulierende Beschreibungen und Deutungen der Anthropologie des Krankseins oder der Subjektivität und Ethik des kranken, leidenden und sterbenden Menschen.

II. Historische Entwicklung

Der Gedanke von einer Patientenethik findet sich bereits in der Antike. Der Philosoph PLATO verlangt Wahrhaftigkeit vom Kranken dem Arzt gegenüber, ebenso Kooperation in der Therapie. Die platonische Unterscheidung eines Arztes für Freie und eines Sklavenarztes besitzt ihre Entsprechung auf der Seite des Kranken, der sich seinerseits wie ein freier Kranker oder ein Sklavenkranker verhalten kann. Aufklärung und Einwilligung kennzeichnen das Verhältnis zwischen dem Arzt für Freie und dem freien Patienten, Anweisung und Gehorsam dagegen das Verhältnis zwischen dem Arzt als Tyrannen und dem Kranken als Sklaven. Eigenverantwortung und Kommunikation müssen vom Patienten aber auch gewollt und realisiert werden. Zugleich wird es immer wieder Situationen geben, in denen die aufgeklärte Einwilligung nur eingeschränkt oder überhaupt nicht zu erreichen ist. Seit der Antike durchzieht die Geschichte der Medizin der Gegensatz vom Willen des Kranken (*voluntas aegroti suprema lex*) und dem Wohl des Kranken (*salus aegroti suprema lex*) als oberstem Gesetz ärztlichen Handelns.

Von PLATO wie CICERO werden als zentrale Tugenden Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Bescheidenheit hervorgehoben und in ih-

rer Bedeutung analysiert. Diese Tugenden besitzen Gültigkeit nicht nur für den gesunden, sondern auch den kranken Menschen wie ebenfalls und vor allem für den Arzt.

In den Epidemiebüchern der hippokratischen Schriftensammlung (*Corpus Hippocraticum*) wird aus ärztlicher Sicht an die Mitarbeit des Kranken appelliert und kategorisch festgestellt: „Der Arzt ist der Diener der Kunst; es ist notwendig, dass der Kranke dem Arzt helfe, die Krankheit zu bekämpfen.“ Der Kranke soll sich als Freund des Arztes um des Arztes und nicht um seiner eigenen Krankheit willen verstehen. In diesem Sinne heißt es auch bei dem Philosophen SENECA: „Warum schulde ich dem Arzt und dem Erzieher mehr als nur den Lohn? Weil der Arzt und der Erzieher uns zu Freunden werden und uns nicht durch die Dienstleistung verpflichten, die sie verkaufen, sondern durch ihr gütiges Wohlwollen wie einem Familienmitglied gegenüber.“

Transzendenz bestimmt im Mittelalter Ethos und Ethik des Kranken – wie des Arztes und der Mitmenschen. Krankheit und Schmerz werden auf Erbsünde, individuelle Schuld, Bessenheit oder Prüfung durch Gott zurückgeführt. Leitfiguren enthalten das Alte und Neue Testament wie die zahlreichen Heiligenlegenden aus späterer Zeit. Hiob steht für die Prüfung durch Gott; in seiner Klage über sein Kranksein verbinden sich physischer Schmerz, soziale Isolierung, individuelle Trauer und religiöse Verlassenheit. „Ich schreie zu dir, aber du antwortest mir nicht; ich stehe da, aber du achtest nicht auf mich“. Kraftgebende und trostbringende Gestalt für jeden Kranken und jeden Sterbenden ist Christus mit seinem Leiden und seiner Zuversicht bei dem Gang in den Tod („*passio Christi*“).

Die antiken Kardinaltugenden Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Bescheidenheit werden durch die christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung ergänzt, sie sollen für jeden kranken und sterbenden Menschen Maßstab und Hilfe sein können. Diese sieben Tu-

genden machen seit jener Zeit bis in die Gegenwart den Kanon der Tugenden aus. Wiederholt kommt es zu Diskussionen über ihre Rangfolge, immer wieder werden Erweiterungen oder Einschränkungen vorgeschlagen. Dass die Laster Stolz, Neid, Zorn, Verzweiflung, Geiz, Genusssucht und Ausschweifung ebenfalls beim Kranken anzutreffen sind, ist nicht nur dem Mittelalter vertraut, sondern kann auch heute immer wieder erlebt werden. Zahlreich sind die Darstellungen der Tugenden wie Laster in Werken der Kunst und Literatur.

Die bedeutende Äbtissin, Naturforscherin und Ärztin HILDEGARD VON BINGEN stellt mit ihrem Leben ein bewegendes Beispiel für den Umgang des gläubigen Menschen mit Krankheit und Sterben im christlichen Geist jener Epoche dar. In einer zeitgenössischen Biographie dieser stets von Schmerzen geplagten Frau wird gesagt: „Doch wie sich im Feuerofen das Gefäß des Töpfers bewährt, so gelangt im Leiden die Tugend zur Vollendung. Beinahe von Kindheit an hatte sie fast ständig an schmerzlichen Krankheiten zu leiden, so dass sie nur selten gehen konnte. Und da ihr ganzer Körper ununterbrochen Schwankungen ausgesetzt war, glich ihr Leben dem Bild eines kostbaren Sterbens. Was aber den Kräften des äußeren Menschen abging, das wuchs dem inneren durch den Geist der Weisheit und Stärke zu“.

FRANZ VON ASSISI hat ebenfalls ständig qualvolle Krankheiten zu erdulden. Im „Sonnengesang“ werden von ihm trotz dieser Schmerzen und Leiden Natur und Schöpfer gepriesen. Jene Menschen seien zu bewundern, die an Krankheit und Trübsal nicht zerbrechen und ihren Mitmenschen verzeihen können. Der Kranke soll nach FRANZ VON ASSISI das eigene Leid vor der Umwelt verbergen, um sie nicht zu betrüben: „Warum zeigst du nach außen deine Trauer und deinen Schmerz über das, was dich innerlich quält? Deine Schwermut soll nur zwischen dir und Gott stehen“.

Säkularisierung, Naturalisierung und Individualisierung der Neuzeit bringen andere Ori-

entierungen mit sich, die tiefgreifende Folgen für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Sterben haben; das Paradies wird verweltlicht, bereits im Diesseits und nicht erst im Jenseits sollen ewiges Leben, Jugend, Schönheit und Gesundheit erreicht werden können. Medizinische Theorie und Praxis erhalten mächtige Antriebe. Gleichzeitig behalten christliche und philosophische Traditionen für viele Menschen bis in die Gegenwart ihr Gewicht.

Der Theologe Blaise PASCAL sieht in der Krankheit den „natürlichen Zustand des Christen“, da man nun aller Güter und Sinnesfreuden ledig sei und sich auf die wahren Fragen des Lebens konzentrieren könne. Der Philosoph und Politiker Montaigne spricht von heilsamen Krankheiten („maladies salutaires“) und will selbst von den Kolikschmerzen den Gewinn gehabt haben, „dass vollendet wird, was ich selbst nicht über mich vermocht hatte, mich völlig mit dem Tode auszusöhnen und zu befreunden“.

Die Ethik des Patienten bleibt weiterhin ein Gegenstand theoretischer Überlegungen und entsprechender Publikationen. Das Jahrhundert der Aufklärung setzt sich in der Medizin noch einmal intensiv mit den Pflichten und Tugenden des Patienten auseinander. Die klassischen antiken und christlichen Tugenden werden durch bürgerliche Tugenden oder Sekundärtugenden wie Fleiß, Gehorsam, Ordnung und Reinlichkeit ergänzt. Kollisionen zwischen Tugenden und Pflichten sollen sich auch im Bereich der Medizin nicht vermeiden lassen. Lösungen sollen weniger durch Gesetze als vom Geist der Humanität und der Kraft des Glaubens gefunden werden.

In der Bewältigung der Schmerzen und des Leidens soll der Kranke nicht selten einen höheren Zustand gewinnen können als der Gesunde. Geduld und Hoffnung gelten als besondere Tugenden des Kranken, die selbst wieder im Glauben und der Vernunft eine Basis besitzen. Geduld gegenüber den Schmerzen, Geduld bei erfolgloser Therapie, Geduld gegenüber verständnislosen

Ärzten, Geduld in chronischen Erkrankungen. Wie der Kranke mit Krankheit und Tod umgeht, soll seinen moralischen Charakter offenbaren: „Bei Not und Elend, in Kummer und Krankheit wird sichs entscheiden, wer eine edle Seele besitze“, heißt es bei dem Mediziner Johann August UNZER. Kranke sollen den Geistlichen sogar zu einem Vorbild werden und diese durch ihr Verhalten „auf die Bahn der Tugend und Pflichten“ zurückleiten können. Auch gegenüber Freunden und Angehörigen, die ihn aus unterschiedlichen Motiven aufsuchen, darf der Kranke seine Beherrschung nicht verlieren, er bleibt auch noch in diesem Zustand ein soziales Wesen mit bestimmten Pflichten und nicht nur Rechten.

Von Tugenden – wie ebenfalls Etikette – kann auch der Umgang mit dem Sterben geprägt werden. Frauen des 18. Jahrhunderts lassen das eigene Sterben für die Umwelt, wie von den Brüdern Edmond und Jules GONCOURT in ihrer Studie über *Die Frau im 18. Jahrhundert* berichtet wird, zu einem heiteren Ereignis werden. „Die Frau dieser Zeit ist mehr als sanft, sie ist höflich gegen den Tod“. Man stirbt mit Grazie und Discretion. „Schade“, sagte die eine ganz einfach, als sie sich von der Erde löste. Dann gibt es welche, die bis zu ihrem Ende die Hände der Freundschaft drücken und deren Tod nur eine letzte Ohnmacht zu sein scheint. Andere umgeben sich beim Sterben mit Gesellschaft und äußern den Wunsch, dass das Geräusch eines neben ihrem Bett aufgestellten Lottospiels das Röcheln ihres letzten Seufzers übertönen möge“.

Idealismus und Romantik beeinflussen mit ihrem Natur- und Geistverständnis nicht allein die Medizin in Theorie und Praxis, die Vorstellungen dieser Epoche um 1800 haben Resonanz auch im Selbstverständnis kranker und sterbender Menschen. Die Bewältigung von Krankheit wird positiv eingeschätzt, die Subjektivität oder Persönlichkeit des Patienten gewinnt besondere Bedeutung, die Therapie des Geisteskranken soll auf humanitäre Gesichtspunkte nicht verzichten dürfen, jeder Patient wird für seine Krankheit und Gesundheit verantwortlich erklärt. Chronische Krank-

heiten können nach Novalis zu „Lehrjahren der Lebenskunst und Gemütsbildung“ werden.

Das positivistische 19. Jahrhundert mit seiner Trennung der Natur- und Geisteswissenschaften sowie der naturwissenschaftlichen Grundlegung der Medizin hat Folgen auch für das Verständnis der Krankheit und des Kranken, die Therapieziele und die Arzt-Patienten-Beziehung. Lebensquantität und Lebensqualität werden durch Anästhesie, Antisepsis und Bakteriologie ohne Zweifel wesentlich gesteigert. Zugleich kommt es zu anthropologischen Verlusten, zu einer Reduktion auf das Objektive, zur Anonymisierung und Technisierung; Krankengeschichte wird zunehmend durch Krankheitsgeschichte verdrängt.

Anthropologische Medizin, philosophische Psychiatrie, Palliativmedizin und Hospizbewegung sind Stichworte für neue Tendenzen und gegenläufige Initiativen des 20. Jahrhunderts. Eine Humanmedizin, die wirklich humane Medizin sein möchte, kann an der Subjektivität und Ethik des kranken Menschen nicht vorbeigehen. Das Urphänomen der Medizin setzt sich nach dem Mediziner Viktor von WEISZÄCKER aus zwei Entsprechungen zusammen: 1. die personale Entsprechung: ein Mensch in Not – ein Mensch als Helfer, 2. die sachliche Entsprechung: Krankheit – Medizin.

III. Umgang mit der Krankheit

Die Ethik des Patienten bezieht sich auf sein Verhältnis zur Krankheit, zu anderen Kranken, zur persönlichen Umwelt und zum Staat, zum Arzt und zu den Pflegepersonen, zur Diagnostik und Therapie, zur medizinischen Institution und zur medizinischen Forschung.

Bereits in der ideellen oder konzeptionellen Ebene spielen ethische Dimensionen eine wesentliche Rolle. Besondere Beachtung verdient in dieser Hinsicht die Definition der Gesund-

heit durch die Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1947: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung“. Für diese Definition spricht ihre ganzheitliche Orientierung; Krankheit und Gesundheit werden nicht nur auf Biologie bezogen, sondern stellen ebenso soziale, seelische und geistige Erscheinungen dar. Weniger überzeugend sind die strikte Entgegensetzung von Krankheit und Gesundheit wie die normative Gleichsetzung von gesund als positiv und krank als negativ. Gesundheit kann auch als Fähigkeit des Menschen verstanden werden, mit Krankheit und Behinderung leben und sein eigenes Ende akzeptieren zu können.

Rechte und Pflichten sind für den Umgang mit der Krankheit wesentlich, deren Bewältigung auch zum Beweis tugendhaften Verhaltens werden kann. Das Gegenteil ist ebenso möglich. Gesundheit ist eine sittliche Aufgabe, ebenso ist Krankheit auf Ethik bezogen – positiv als Krankheitseinsicht, negativ als Flucht in die Krankheit oder aus der Krankheit. Der Kranke soll tapfer sein im Leiden und bescheiden in der Gesundheit, der Kranke soll mit seiner Krankheit die Mitmenschen in ihrem Leben nicht gefährden, der Kranke soll im Sterben nicht verzweifeln.

Der Mediziner und Philosoph Karl JASPERS hat in lebenslangem Umgang mit der eigenen Erkrankung (Bronchiektasen, sekundäre Herzinsuffizienz) erfahren und beschrieben, welche Gratwanderung vom chronisch Kranken im Umgang mit der Krankheit abverlangt wird: „Die Aufgabe war, sie fast ohne Bewusstsein richtig zu behandeln und zu arbeiten, als ob sie nicht da ist“. Zwei Einstellungen und Reaktionen werden von JASPERS ausdrücklich abgelehnt: die Aussonderung des Kranken als Rückfall in die Barbarei, aber ebenso die alleinige Orientierung in der Krankheit am Glücksempfinden als Verkehrung christlicher Caritas.

Psychologie und Soziologie haben ihrerseits wichtige Beobachtungen über Einstellung und

Verhalten des Patienten gewonnen. Beachtung verdienen schließlich die Selbsthilfegruppen, nicht als Alternative zur Medizin, sondern als ihre Ergänzung. Die empirischen Studien der vergangenen Jahrzehnte über den Umgang des Kranken mit seiner Krankheit, über seine Empfindungen, Urteile und Verhaltensweisen sowie seine individuelle Lebenssituation haben ein Spektrum an Möglichkeiten manifestiert mit entsprechenden ethischen Orientierungen.

Nach dem amerikanischen Forscher LIPOWSKI verbindet der Laie mit Krankheit vor allem acht Interpretationen: Herausforderung, Erleichterung, Feind, strategische Möglichkeit, Bestrafung, Verlust oder Beschädigung, Schwäche, Wertsteigerung. Für den spanischen Mediziner und Anthropologen Laín ENTRALGO ist die Subjektivität des Krankseins einerseits von den sieben Momenten: Schwäche, Unbehagen, Bedrohung, Einsamkeit, Absorbiertheit von körperlichen Empfindungen, Anomalie und Zuflucht geprägt und wird andererseits von den vier Deutungen: Strafe, Unheil, Herausforderung, Prüfung bestimmt.

Große Herausforderungen an den Patienten ergeben sich aus der Reaktion auf das durch die Krankheit veränderte Leben in der Familie und im Kontakt mit den Freunden, im Beruf, in der Freizeit und vor allem im Selbstbild. In den Extremen steht einem konstruktiven ein destruktiver Umgang gegenüber; auch hier sind in der Wirklichkeit Zwischenformen die Regel, ebenso kommt es zu Veränderungen im Prozess des Lebens mit der Krankheit.

Der Kranke kann in seinem Verhalten gegenüber der Umwelt Tugenden beweisen – gegenüber den Pflegepersonen, gegenüber den Angehörigen, gegenüber dem Staat. Gesunde haben ihrerseits Rechte, die der Kranke zu respektieren hat, auch von ihm können noch Verständnis und Bescheidenheit erwartet werden. Der Kranke soll sich weder zu ängstlich geben, noch zu sorglos tun, er soll die Hilfe dankbar annehmen und nicht zu ungeduldig werden, wenn diese nicht subtil, schnell und dauerhaft

genug ausfallen sollte. Von dem Dichter KAFKA stammt die tiefe Einsicht: „Der Kranke ist vom Gesunden verlassen, aber der Gesunde vom Kranken auch“.

IV. Beziehung zum Arzt

Neben der Reaktion auf die Krankheit und Umwelt steht die Reaktion des Kranken auf den Arzt und allgemein die Medizin, auf Diagnostik, Therapie und Krankenhaus. Auch hier sind die Möglichkeiten vielfältig, üben persönliche, soziale und kulturelle Hintergründe einen Einfluss aus, gibt es Rechte, Pflichten und Tugenden.

Allgemein kann ein kooperatives von einem unkooperativem Verhältnis zwischen Patient und Arzt unterschieden werden; Wandlungen sind im Verlaufe der Behandlung ebenso möglich wie Abweichungen zwischen dem Verhältnis zum Arzt und zu den Pflegekräften.

Dem Kranken wird die Pflicht zugeschrieben, dem Arzt seine Beschwerden wahrheitsgemäß mitzuteilen und die ärztlichen Therapievorschläge (Compliance) einzuhalten, sich rücksichtsvoll anderen Kranken gegenüber zu verhalten, überhaupt seine Krankheit überwinden zu wollen und die grundsätzliche Endlichkeit des menschlichen Lebens hinzunehmen.

Bei knappen Ressourcen wie Mangel an Organen gibt es vielfältige Möglichkeiten zu tugendhaftem Verhalten im Blick auf Bescheidenheit und Tapferkeit, Liebe und Hoffnung, die mit Rechten und Pflichten nicht zu erfassen sind. Auf die Fortsetzung kostspieliger Therapien, die mit wenig Lebenszeit verbunden sind, kann verzichtet werden, Organe können anderen Menschen gespendet werden.

Auf allen Ebenen ist Gelingen wie Scheitern möglich. Tugenden wie Laster können das Verhalten des Patienten in vielen Bereichen bestimmen. Am Kranken können sich nach dem Philosophen Eduard Spranger die ethischen Reserven der menschlichen Natur ebenso er-

weisen wie die Zerbrechlichkeit der Kultur, „hinter deren Fassade eine ursprüngliche Bosheit lebt“.

Die Medizin folgt in ihrer Entwicklung eigenen Tendenzen oder immanenten Gesetzen, die gleichzeitig in menschlichen Bedürfnissen, Erwartungen und Hoffnungen ihre Basis haben und ihnen weitere Impulse verleihen. In der modernen Medizin begegnet der Mensch sich selbst, schaut seine eigenen Wünsche und eigenen Hoffnungen an. Offensichtlich verbinden sich im Menschen unterschiedliche, widersprüchliche und auch destruktive Neigungen.

Die Forderungen der Gegenwart nach einem aktiven und mündigen Patienten prägen unmittelbar das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Autonomie des Kranken schließt nach dem amerikanischen Medizinethiker Edmund PELLEGRINO grundsätzlich die Möglichkeit der Meinungsverschiedenheit zwischen ihm und dem Arzt ein; der Kranke müsse Selbstverantwortung übernehmen, der Arzt habe seine eigenen Wertorientierungen offenzulegen und müsse dem Kranken das Recht einräumen, seine persönlichen moralischen Entscheidungen zu treffen.

Aufklärung entfaltet sich im Spektrum zwischen diagnostischer Information und Solidarität in der Wahrheit des Krankseins. Anforderungen ergeben sich nicht nur für den Arzt, sondern stets auch für den Kranken. Autonomie wird sich allerdings keineswegs immer oder vollständig verwirklichen lassen, eine anthropologische Asymmetrie zwischen Arzt und Patient ist unaufhebbar. Der Patient als Mensch in Not kann mit dem Arzt als Helfer nicht gleichgesetzt werden. Asymmetrie darf die ursprüngliche Identität und Symmetrie zwischen Arzt und Patient aber nicht vergessen lassen. Mit dem Beginn der Therapie wird dem Arzt Autonomie vom Patienten übertragen, das Ende der Therapie muss in einer Rückgabe dieser Autonomie an den Patienten bestehen.

Neben dem Willen muss die Würde des Patienten ein ethisches Grundprinzip der Medizin

ausmachen. Subjektivität sollte auch nicht mit Egoismus oder Beliebigkeit gleichgesetzt werden, Autonomie setzt den Bezug zur Vernunft („nomos“) als Selbstbestimmung („autos“) oder den Respekt vor dem Mitmenschen im Sinne des Philosophen KANT voraus: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“.

Wie immer die Befragungen über das Bedürfnis nach Aufklärung bei Patienten ausfallen mögen, entscheidend ist der einzelne Kranke. Medizinische Ethik ist kein Produkt der Statistik. Bitte um Aufklärung kann Aufklärung gerade nicht wollen, Schweigen muss seinerseits nicht unbedingt Ablehnung der Aufklärung bedeuten. Die Autonomie des Patienten muss mit der Autonomie des Arztes vermittelt werden.

Alter, Geschlecht und spezifische Krankheit sind mit jeweils besonderen Anforderungen an die Tugenden des Kranken verbunden. Bewegende Beispiele finden sich im Umgang von kranken und sterbenden Kindern mit ihrem Leiden und bevorstehenden Tod. Der alte Mensch kann ebenfalls verzweifeln oder seine Situation akzeptieren und bejahen. Mit Recht stellt der Theologe Romano GUARDINI fest: „Was helfen aber alle Gerontologie der Medizin und alle Fürsorge der Sozialpflege, wenn nicht zugleich der alte Mensch selbst zum Bewusstsein seines Sinnes gelangt?“ Die Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten stellt die Frage nach dem Verhältnis der Generationen. Auch hier spielen neben Rechten und Pflichten auch Tugenden eine wichtige Rolle, das Wort vom Generationenvertrag bezeichnet nur die äußere oder juristische Dimension.

V. Euthanasie

Mit der demographischen Entwicklung gewinnt das Thema der Euthanasie zwischen Le-

bensbeendigung und Sterbebeistand eine neue und prekäre Bedeutung und bringt ihrerseits Tugenden mit Rechten und Pflichten in ein spezifisches Spannungsverhältnis für den Kranken wie den Gesunden. Sterben und Tod sind Grenzsituationen für jeden Menschen – wie auch für die moderne Medizin, die Gesellschaft und die Kultur. Die meisten Menschen werden im Krankenhaus geboren und sterben auch dort. Damit ist eine Kluft zwischen der normalen Lebenswelt und diesen entscheidenden Situationen der menschlichen Existenz aufgerissen, die zu schließen oder zu verringern eine der großen Aufgaben der Zukunft darstellt.

Sterben wurde bis in das 19. und zum Teil auch 20. Jahrhundert im Kreise der Familie, der Freunde und Nachbarn erlebt. Sterben war ein soziales Ereignis; äußere Form und geistige Deutung, vor allem aber die religiöse Perspektive boten dem Sterbenden wie dem Überlebenden Halt und Trost. Die „ars moriendi“ gehörte seit dem Mittelalter zur „ars vivendi“; wer zu leben versteht, muss auch zu sterben wissen, es gibt einen guten und einen schlechten Tod. Euthanasie meinte ursprünglich ein angenehmes und gutes Sterben („mors felix et honesta“).

Sterben und Tod werden im Verlaufe der Neuzeit zunehmend zu einem privaten und diesseitigen Ereignis, zu einem einsamen und stummen Geschehen, zu einer biologischen und objektiven Tatsache. Nur zu bezeichnend sind die Todesanzeigen der Gegenwart wie ebenfalls die zeitgenössischen Formen der Beerdigung. Verdrängung und Sprachlosigkeit kennzeichnen heute im allgemeinen den Umgang mit Sterben und Tod.

Sterben bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche: physische Auflösung, soziale Isolation, geistige Verzweiflung und Todesangst. Mehrere Phasen des Sterbeprozesses lassen sich unterscheiden, neben ihnen stehen unterschiedliche Stufen des Erlebens. Alle Differenzen in den Phasen und Stufen des Sterbens können aber von dem übergreifenden Grund des Menschli-

chen durchzogen und getragen werden, immer gibt es Formen des Beistandes und Trostes: auf der untersten Stufe die körperliche Berührung, der Klang der Stimme, der Blick des Auges, auf der obersten Stufe die sprachliche Kommunikation und geistige Verbundenheit. Mit Rechten und Pflichten kann diese Zuwendung nicht oder nur unvollkommen erfasst werden, hier kommt es wesentlich auf Tugenden an – auch auf Tugenden des Sterbenden.

Dem Sterbenden bietet die Welt der Kultur mit den Werken der Literatur, der Malerei, der Musik, der Philosophie und Theologie Trost und Beruhigung. Entscheidend bleibt allerdings die Einstellung des einzelnen Menschen zu seinem Sterben und seinem Tod, die wiederum wesentlich von der Aufnahme des Todes in die soziale Wirklichkeit als bewusster und erlebter Solidarität der Lebenden mit den Sterbenden und der Sterbenden mit den Lebenden geprägt wird.

VI. Forschung

Die medizinische Forschung thematisiert ihrerseits Tugenden neben Rechten und Pflichten des kranken Menschen. Forschung mit gesunden und kranken Menschen bringt ethische Probleme mit sich, für die bereits in der Vergangenheit und nicht erst im 20. Jahrhundert ein Bewusstsein bestand und Lösungen gesucht wurden. Im Selbstversuch wurde von zahlreichen Medizinern ein Ausweg aus diesem Dilemma zwischen wissenschaftlichem Interesse und der Achtung vor dem Menschen gesehen, nicht selten wurde diese Bereitschaft mit Sucht, Krankheit und auch Tod bezahlt.

Ohne Aufklärung und Einwilligung stellt therapeutisches und bereits diagnostisches Handeln für das geltende Recht in der Bundesrepublik eine Körperverletzung dar. Diese juristische Sichtweise löst bei Ärzten wegen der Vernachlässigung der humanen Motivation ihres Tuns nicht selten Unbehagen aus; wer ärzt-

lich handelt, will helfen und heilen und nicht verletzen. Zahlreiche Einschränkungen und Ausnahmen der aufgeklärten Einwilligung werden im übrigen ethisch wie juristisch ausdrücklich gerechtfertigt.

Aufklärung und Einwilligung entfalten sich in einer sozialen Situation und verlangen psychologische Fähigkeiten nicht nur vom Arzt, sondern auch vom Patienten. Aufklärung und Einwilligung garantieren an sich aber noch nicht ethisches Niveau; sie können sich auch auf unsittliche oder inhumane Inhalte beziehen. Ethik verwirklicht sich im „informed consent“ erst mit der Beachtung der Autonomie und Würde des Patienten; im Grunde müsste deshalb genauer von „moral and legal informed consent“ gesprochen werden.

1931 werden in Deutschland Reichsrichtlinien zur Forschung am Menschen verabschiedet, die in der Substanz die entsprechenden Deklarationen nach dem Nürnberger Prozess vorwegnehmen und verbrecherische Versuche während des Dritten Reiches nicht verhindert haben. Mit den Deklarationen des Weltärztebundes von Helsinki (1964) und Tokio (1975) werden ethische Prinzipien der Forschung am Menschen festgelegt, die auch für die nun in vielen Ländern der Welt entstehenden Ethikkommissionen verpflichtend sind.

Jede medizinische Disziplin ist in Diagnostik, Therapie und Forschung mit besonderen Bedingungen für den Kranken verbunden, jede Krankheit zieht charakteristische Beziehungen von Rechten, Pflichten und Tugenden des Kranken nach sich. Aufklärung in der Chirurgie unterscheidet sich von Aufklärung in der Psychiatrie, Forschung in der Pädiatrie und Geriatrie hängt mit Problemen zusammen, die sich in der Inneren Medizin nicht stellen.

VII. Perspektiven

Die klassischen und christlichen Tugenden – Gerechtigkeit, Weisheit, Tapferkeit, Beschei-

denheit, Glaube, Liebe, Hoffnung – besitzen für den Arzt und die Pflegeperson, den Patienten und die Angehörigen Gültigkeit. Rechte und Pflichten reichen nicht aus und sollten auch nicht einseitig auf Patient und Arzt verteilt werden. Auf Tugenden als Kraft des Menschen, sittliche Überzeugungen nicht nur zu wissen, sondern sich von ihnen auch leiten zu lassen, sie auch zu verwirklichen, wird es immer wieder wesentlich ankommen.

Medizinische Ethik ist keine Sonderethik, wohl aber eine Ethik besonderer Situationen. Ethik in der Medizin bezieht sich nicht nur auf den Arzt und die Pflegepersonen, sondern ebenso auf den Patienten und seine Umwelt, wobei der Arzt-Patienten-Beziehung eine dominierende Bedeutung zukommt.

Individualität und Personalität des Kranken sind immer wieder gefährdet. Auf die Errungenschaften der modernen Medizin werden die Menschen der Zukunft bei allen Einwänden und aller Skepsis weder verzichten wollen noch können; Alternativmedizin stellt keinen Ausweg dar, notwendig ist vielmehr die anthropologisch-ethische Durchdringung der Medizin, notwendig ist allgemein die Verbindung von Technik, Wissenschaft und Humanität im Gesundheitswesen.

Wohl und Wille des Patienten müssen stets von neuem ebenso in einen Ausgleich gebracht werden wie die Autonomie des Patienten mit der Autonomie des Arztes und den Ansprüchen der Gesellschaft. Von der jetzigen Generation muss zugleich an die Existenz kommender Generationen gedacht werden. Die Nahethik muss die Fernethik wie die Ethik der Mitwelt sowie die Ethik der Umwelt und der Nachwelt einschließen.

Rechte, Pflichten und Tugenden sind gleichermaßen wichtig in der medizinischen

Wirklichkeit; sie spielen für den Kranken, die Ärzte, Pflegepersonen und Angehörigen eine Rolle, sie gelten in der Prävention, Kuration und Rehabilitation, in der Diagnostik wie Therapie, in akuten und chronischen Krankheiten wie auch im Sterben.

Referenzen:

- BOLLNOW Otto Friedrich, *Wesen und Wandel der Tugenden*, Frankfurt a.M. 1958.
- EIBACH Ulrich, *Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme der Medizin aus christlicher Sicht*, Wuppertal 1976.
- ENGELHARDT Dietrich v. (Hg.), *Ethik im Alltag der Medizin: Spektrum der medizinischen Disziplinen*, Berlin: Springer, 1989; Basel: Birkhäuser, 1997; ital. Milano: *Guerni e associati*, 1989; lit. Vilnius: Ziburio leidykla, 1997.
- GUARDINI Romano, *Die Lebensalter*, Würzburg 1967.
- HOUTAUD Alphonse d', *Ce que les gens attendent du médecin et de la médecine au sujet de leur santé*, in: *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales* 17, 1977, (3) S.89-96.
- JASPERS Karl, *Philosophische Autobiographie*, München 1977, 1984.
- LAÍN ENTRALGO Pedro, *Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin*, a.d.Span. (1964), München 1969.
- LIPOWSKI Zbigniew Jerzy, *Physical illness, the individual and the coping processes*, in: *Psychiatry in Medicine* 1, 1970, S.91-102.
- PARSONS Talcott, *The sick role and the role of the physician reconsidered*, in: *Milbank Memorial Fund quarterly* 53, 1975, S.257-278.
- PELLEGRINO Edmund D., THOMASMA David C., *The virtues in medical practice*, New York 1993.
- PIEPER Josef, *Das Viergespann. Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, München 1964.
- REICH Warren T. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Bd. 1-5, New York 1995.
- SHELP Earl E. (Hg.), *Virtue in medicine*, Dordrecht 1985.
- SPRANGER Eduard, *Das ethische Moment im Gesundsein und Kranksein*, in: BRUGSCH Theodor (Hg.), *Einheitsbestrebungen in der Medizin*, Bd. 2, Dresden 1935, S.90-105.
- WEIZSÄCKER Viktor von, *Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*, Stuttgart 1951.

Bioethik : Konsens und Tugendethik

Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

In der Bioethik haben sich seit ihrer Gründung in der Mitte des 20. Jahrhunderts prinzipialistische und konsensualistische Ansätze durchgesetzt, die so weit die Argumentation beherrscht haben, dass der Konsens sich mehr und mehr als praktisches Kriterium der Sittlichkeit etabliert hat. Postmoderne Ansätze wie die Konsensethik von HABERMAS oder die Gerechtigkeitstheorie RAWLS wurden schnell in der Bioethik rezipiert und scheinen den konsensualistischen Trend zu verstärken. Die Bioethik entwickelt sich damit zu einer politischen Ethik. Doch wird immer deutlicher, dass in der pluralistischen Gesellschaft ein Konsens in wichtigen Moralfragen auf diese Weise nicht zu erreichen ist. Nur eine Handlungsethik, die um die Wahrheit und das Gute und nicht nur um das Richtige bemüht ist, und die davon ausgeht, dass nur die Wahrheit und das Gute die Basis eines Konsens bilden kann, wird zu einer kohärenten Bioethik führen. Es ist gerade die Tugend, die in partikulären Situationen die Bindung der Handlungswahl an die Wahrheit leistet. Dafür ist sie unersetzbar. Daher sollte die Bioethik der Zukunft neben den Prinzipien verstärkt die Tugenden pflegen.

Schlüsselwörter: Bioethik, Konsens, Prinzipien, Prinzipialismus, Tugenden

ABSTRACT

Since the founding of bioethics in the middle of the twentieth century, principlism and consensualism have dominated bioethical discussion so much that consensus has more and more become the practical criterion of morality. Postmodern theories such as HABERMAS' consensus-ethics or RAWL's theory of justice were quickly taken up in bioethics and it would seem that they have strengthened the principlistic and consensualistic trend. Bioethics has developed into political ethics. However, it is becoming more and more clear that consensus on moral questions in a pluralistic society cannot be reached in this manner. Only an ethic of actions which considers truth and goodness and not only rightness as its end, and also sustains that truth and goodness must be the foundation of consensus, will lead to a coherent bioethics. Virtue as the capacity to make good choices, is the connection between truth and choice. Therefore, in future bioethics should be more and more concerned to virtues and not only principles.

Keywords: bioethics, consensus, principles, principlism, virtues

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Enrique H. PRAT, Geschäftsführer des IMABE-Instituts,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A – 1030 Wien

Konsensualismus in der Bioethik

Die Behauptung, dass die Bioethik den Konsens als Methode praktiziert, mag etwas gewagt sein, aber es kann nicht bestritten werden, dass von Anfang an in diesem Zweig der Ethik die Konsenssuche als ein prioritäres Ziel angesehen wurde. Darin unterscheidet sie sich von anderen Sparten der Ethik, die im allgemeinen auch den Konsens suchen, aber auf indirektem Wege, indem sie von der Konsensfähigkeit der Wahrheit ausgehen, d.h., es wird angenommen, dass in der Verfolgung ihres eigentlichen Zieles, nämlich der Findung und der Begründung der sittlichen Wahrheit, sich der Konsens einstellen muss. Der Konsens hat nicht nur eine methodisch-praktische Funktion in der derzeitigen öffentlichen Diskussion von bioethischen Problemen (Ethikkommissionen, in den Beratungen der legislativen und gerichtlichen Instanzen), sondern, wie in der Folge näher ausgeführt wird, er prägt methodologisch die akademisch-bioethische Forschung und Reflexion. Aus diesem Grund haben die in den letzten Jahren entstandenen Konsenstheorien rasch Anklang in der Bioethik gefunden. Die zunehmenden Schwierigkeiten, in verschiedenen aktuellen Bioethikfragen zu Konsenslösungen zu gelangen, haben die Reflexion über den Konsens intensiviert und letztlich auch dazu geführt, die konsensualistische Ausrichtung dieses Faches zu hinterfragen.

1990 wurde am Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld eine Konferenz unter dem Titel „Technische Eingriffe in die menschliche Reproduktion: Perspektiven eines moralischen Konsenses“ abgehalten. Daran nahmen international renommierte Experten der Bioethik, der Sozialethik, der Soziologie und der Medizin teil. Der Moderator der Konferenz, Kurt BAYERTZ, führte die schriftliche Dokumentation über das Treffen und schloss mit einem ernüchternden Urteil: „Ein Konsens über den ‚Konsens‘ konnte weder auf der Bielefelder Konferenz erzielt wer-

den, noch zeichnet er sich in den Beiträgen dieses Bandes ab.“⁴¹ Ein Teilnehmer an der Konferenz, H. T. ENGELHARDT Jr., Bioethiker der Vereinigten Staaten, bestätigte und bekräftigte das Urteil mit der Aussage: „Aus den vorangehenden Aufsätzen sollte es klar geworden sein, dass es wenig oder keinen inhaltlichen Konsens hinsichtlich des Konsenses gibt. Auch gibt es keinen über seine Implikationen. Aus dem alltäglichen Leben sollte es ebenso klar sein, dass es keinen Konsens über die moralische Signifikanz der Sexualität oder der technologisch unterstützten Reproduktion unter Mitwirkung Dritter gibt.“⁴²

Prinzipialismus³ in der Bioethik

Die Bioethik, einer der jüngsten Zweige der Ethik, ist in den Vereinigten Staaten entstanden. Dort hat sie von Anfang an eine prinzipialistische Prägung bekommen, d.h. sie hat sich vornehmlich mit Prinzipien beschäftigt. Sie folgt somit dem Hauptstrom der modernen und der postmodernen Ethik, die die Tugenden geringschätzen.⁴ Die amerikanische Bioethik postuliert vier Grundprinzipien: das Autonomieprinzip, das Prinzip des Wohlwollens, das Prinzip des Nicht-Schadens und das Gerechtigkeitsprinzip. Diese sind gemäß der Terminologie des amerikanischen Philosophen David Ross „prima facie“-Prinzipien, d.h., sie sind vordergründig gleichermaßen verpflichtend, aber im Konfliktfall muss eine Entscheidung zu Gunsten des einen und auf Kosten des anderen Prinzips fallen. Bis jetzt hat die amerikanische Bioethik dem Autonomieprinzip eine besondere Vorrangstellung eingeräumt.⁵

Obwohl die Prinzipialisten bemüht sind, ihre Prinzipien kantisch zu begründen, weisen die allgemeingeltenden „prima facie“-Prinzipien noch keinen reinen Deontologismus aus, weil die Vorrangstellung des Autonomieprinzips zur utilitaristisch-konsequentialistischen Lösung von Pflichtenkollisionen führt. Der

Prinzipialismus stellt also einen Versuch dar, die zwei Hauptströmungen – die deontologische und die utilitaristische – der modernen Ethik zusammenzuführen. Das Ergebnis ist ein utilitaristisch aufgeweichter Deontologismus bzw. ein deontologisch gestärkter Utilitarismus.

Die deontologische und utilitaristische Doppelprägung hängt natürlich auch mit dem erwähnten Konsensualismus zusammen. Auf der einen Seite bewirkt der Vorrang des Autonomieprinzips, dass jeder Wert, der Gegenstand eines Dissens ist, aus dem Gemeinwohl ausgeklammert wird. Ein solcher Wert könnte keine allgemeingültige Norm begründen und wäre daher kein Thema für eine moderne Ethik. Diese stark liberale Position wird vom mainstream der Bioethik vertreten, der dann auf einen verfahrenstechnischen Formalismus zurückgreift, um zu entscheiden, ob eine Frage konsensfähig ist und daher Gegenstand der Bioethik sein kann.

Auf der anderen Seite besteht in der pluralistischen postmodernen Gesellschaft auf der Ebene der allgemeinen Grundprinzipien ein Konsens über allgemeine Verpflichtungen, wie die Freiheit des Nächsten zu achten, so lange sie nicht die Freiheit anderer ungebührlich einschränkt, gerecht zu handeln, oder die Einhaltung der Maxime, das Gute zu tun und das Böse zu meiden, um nur drei Beispiele zu nennen. Dieser Konsens ist zweifelsohne ein guter Ausgangspunkt des akademischen und politischen Dialogs. Aber die Erfahrung zeigt, dass, sobald diese allgemeinen Prinzipien angewendet werden sollen und man die relevanten Normen bzw. Verpflichtungen für die reale konkrete Situation aus ihnen ableiten will, der ursprüngliche Konsens erst wieder in Frage gestellt wird. Dies ist z.B. der Fall bei vielen Grundfragen, die derzeit die Bioethik beschäftigen. Sie haben meistens mit der Achtung der Würde des Menschen, besonders am Beginn und Ende des Lebens zu tun. Viele haben eine immer größere politische Brisanz, weil es sich

um Themen wie Abtreibung, künstliche Befruchtung, gentechnologische Eingriffe in die Keimbahn, Drogenkonsum usw. handelt, die unmittelbar mit dem gesellschaftlichen Zusammenleben und der Gerechtigkeit zusammenhängen und daher von Gesetzen geregelt werden. Gleichzeitig stellen sie auch für das persönliche Gewissen der Bürger unserer Zeit ein großes Dilemma dar. Ihre Lösung durch demokratische Mehrheitsentscheidungen kann niemals befriedigend sein, wie die zum Teil sogar gewalttätigen Kontroversen deutlich zeigen.

Dessen ungeachtet betrachten verschiedene ethische Ansätze der Postmoderne den Konsens als die einzige mögliche Lösung – vor allem auf der politischen Ebene. Sie zeigen daher ein zunehmendes Interesse an Methoden und Verfahren, die auf irgendeine Weise zum Konsens führen könnten. In der Folge wird zunächst in einem kurzen Exkurs der Stellenwert des „Konsens“ im Laufe der Philosophiegeschichte erörtert, um anschließend auf diese postmodernen Ansätze, die auch in der Bioethik einen großen Einfluss haben, einzugehen.

Der „Konsens“ in der Philosophiegeschichte

Bereits ein kurzer Blick in die Philosophiegeschichte zeigt, dass der Konsensbegriff im Sinne von „consensus omnium“ oder „consensus gentium“ schon in der Antike präsent war: Sowohl bei ARISTOTELES⁶ als auch bei CICERO⁷ ist der Konsens ein gültiges Wahrheitskriterium. Doch erst in der politischen Philosophie des XVII. Jhs., z.B. bei HOBBS und mit anderen Nuancen bei LOCKE, wird der Konsens zum Schlüsselbegriff. Die Regierung wird durch den Konsens der Bürger legitimiert. Und noch mehr: Der Konsens ist konstitutiv für den Staat. Der Konsens als Rückgriff auf den *common sense* ist sowohl in der englischen Philosophie des XVIII. Jhs. bei SHAFTSBURY, bei den Moralphilosophen HUME und HUTCHESON oder in der schottischen Schule zu finden als

auch zweihundert Jahre später in den Gedanken von G.E. MOORE. Die modernen ethischen Strömungen, die von einem verallgemeinerten Prinzip ausgehen – dem KANT'schen kategorischen Imperativ – betrachten den Konsens als Voraussetzung für die allgemeine Gültigkeit der Norm und als ein konstitutives Element der normativen Prinzipien. Es geht dabei um einen virtuellen, d.h. rein theoretischen Konsens. Allerdings hat im letzten Jahrhundert die Reflexion über den Pluralismus zur Entfaltung einer moralischen Theorie des Konsens und letztlich zu ihren konsensualen und diskursiven Ansätzen geführt. Aber während in der politischen Philosophie der Konsens, wie erwähnt, eine konstituierende und legitimierende Rolle spielt, kann er in der Moral nur ein Requisite für die soziale und politische Geltung der Norm sein, welche die moralische Legitimation letztlich von woanders beziehen muss. Das wollen die modernen konsensualethischen Theorien nicht akzeptieren: vielmehr übertragen sie das im politischen Bereich geltende demokratische Prinzip auf den moralischen Bereich und wollen damit den Konsens als die moralisch-legitimierende Instanz statuieren. Es ist eine Art von sozialem und politischem Kontraktualismus (Konsens und Pakt), der zur universellen Moral werden soll, ohne zu berücksichtigen, dass auf der politischen Ebene das demokratische Prinzip eigentlich ein mehrheitliches Prinzip ist. Dieses fordert die Achtung einer innerhalb des Rahmens eines allgemeinen Grundkonsenses mehrheitlich gefassten Entscheidung und kann nicht ohne weiteres auf die moralische Ebene übertragen werden. Der auf der politischen Ebene geltende Konsens, dass die mehrheitlich festgelegten Rechtsnormen als legitim geachtet werden müssen, auch wenn es darüber keinen eigentlichen Konsens gibt (d.h. es gibt eine Mehrheit), ist für eine politische Gesellschaft konstitutiv. Aber die zentralen Probleme der Bioethik, die abgesehen von ihrer großen politischen Bedeutung unmittelbar die Menschenwürde betreffen und daher indi-

vidualethische Brisanz haben (bzw. persönliche Gewissensfragen sind), lassen sich durch Mehrheitsentscheidungen nicht zufriedenstellend lösen. Mit anderen Worten kann gesagt werden, dass solche Lösungen an sich gegen die Menschenwürde, d.h. gegen das Gebot der Achtung des persönlichen Gewissens verstoßen. Hier lässt *Evangelium vitae* keinen Ausweg zu: „Grundlage dieser Werte können nicht vorläufige und wechselnde Meinungs,mehrheiten‘ sein, sondern nur die Anerkennung eines objektiven Sittengesetzes, das als dem Menschen ins Herz geschriebene ‚Naturgesetz‘ normgebender Bezugspunkt eben dieses staatlichen Gesetzes ist. Wenn infolge einer tragischen kollektiven Trübung des Gewissens der Skeptizismus schließlich sogar die Grundsätze des Sittengesetzes in Zweifel zöge, würde selbst die demokratische Ordnung in ihren Fundamenten erschüttert, da sie zu einem bloßen Mechanismus empirischer Regelung der verschiedenen und gegensätzlichen Interessen verkäme.“⁸ Hier handelt es sich nicht um eine theologische, sondern um eine rein philosophische Argumentation: Keine rationale Ethik, auch nicht die moderne und die postmoderne, würden dem zustimmen, dass der allgemeine Konsens ausreichende Rechtfertigung dafür wäre, eine Norm auch nur für einen einzigen Dissidenten als verbindlich zu erklären.

Postmoderne Ansätze in der Bioethik

In der heutigen bioethischen Argumentation ist es üblich, auf die öffentliche Vernunft bzw. auf die Konsensfähigkeit von Thesen zurückzugreifen, um ihre Gültigkeit zu untermauern. Man geht von Prämissen oder Annahmen aus, die nur deshalb als gültig angesehen werden, weil sie im Allgemeinen akzeptiert werden. Man versucht dann, die Konsensfähigkeit der aus diesen Prämissen abgeleiteten Thesen zu begründen, ohne ihren eigentlichen Wahrheitsgehalt zu hinterfragen. Zwischen mehreren

miteinander konkurrierenden Thesen wird jene verteidigt, die den größeren Konsens erzielt. HOERSTER behauptet^{9,10} zum Beispiel, dass, um einem Individuum der menschlichen Spezies das Recht auf Leben zuzuerkennen und den Schutz seines Leben tatsächlich zu gewähren, dieses Individuum selbst ein Überlebensinteresse signalisieren muss. Er will die Überlegenheit seiner Position anerkannt wissen, weil durch sie ein allgemeiner Konsens erreicht werden kann. Dass dieser Konsens de facto noch nicht erreicht wurde – so HOERSTER – muss darauf zurückgeführt werden, dass es für die Entwurzelung von stark verankerten, aber überholten Vorurteilen Jahrzehnte braucht. HARRIS¹¹, DWORKIN¹², SINGER¹³, RAWLS¹⁴ – die Liste könnte beliebig fortgesetzt werden – greifen ebenfalls auf diesen Konsens zurück. Aber wenn sie im Zusammenhang mit praktischen Fragen der Bioethik von Konsens sprechen, meinen sie in Wirklichkeit nur einen mutmaßlichen oder virtuellen Konsens, der erreicht werden könnte, würden sich die Bürger einmal von unhaltbaren Vorurteilen befreien. Tatsächlich sind bei den kontroversiellen Themen der Bioethik die Konsensaussichten kaum realistisch. Dies hat auch die Konferenz von Bielefeld deutlich zu Tage gebracht.

In der pluralistischen Gesellschaft ist der Konsens über Werte und Prinzipien de facto auf Gesinnungsgemeinschaften beschränkt. Die pluralistische Gesellschaft besteht zwar aus vielen Konsensgemeinschaften, diese stehen aber im Dissens zueinander.¹⁵ Das ist ein zentrales Thema der postmodernen Philosophie, deren Huldigung der Differenz zur Entfaltung einer dem divergierenden Pluralismus unserer Gesellschaft angemessenen Dialektik von Konsens/Dissens geführt hat. Im postmodernen Denken ist der Konsens nicht mehr das anzustrebende Ziel und der Dissens auch nicht das zu meidende Übel, denn jeder soziale Prozess ist ein auf dieser Konsens-Dissens-Dialektik basierender Vorgang. Der Dissens ist dabei der dynamische und der Konsens der statische und stabilisierende Faktor des Prozesses.

Ethische Ansätze wie der dialogische von HABERMAS oder jener der öffentlichen Vernunft von RAWLS versuchen auch nicht den Dissens bezüglich der Prinzipien, Werte oder praktischen Fragen zu überwinden; vielmehr soll ein minimaler Konsens auf der metaethischen Ebene erreicht werden. Sie sollen den formalen Rahmen festlegen, innerhalb dessen verschiedene und sogar divergierende ethische Auffassungen über das gute und gelungene Leben nebeneinander in einer Gesellschaft koexistieren können. Überdies wollen diese Ansätze zu einem Verfahren beisteuern, das aufkommende Konflikte in Frieden löst. RAWLS betont, dass dieser minimale Konsens auch moralisch und nicht bloß formal ist. Für ihn ist er nicht ein „modus vivendi“, sondern vielmehr und vor allem ein Pakt, dessen Nicht-Einhaltung sich für den Paktbrecher nachteilig auswirken muss.¹⁶ Um zu diesem Pakt zu gelangen, ist ein „Band der Neutralität“ erforderlich, d.h., dass jede partikuläre Ansicht über das gute und gelungene Leben auf den Anspruch der allgemeinen Gültigkeit, auf eine Überlegenheit gegenüber den anderen Ansichten und sogar auf die eigene Artikulation im kommunikativen Prozess verzichtet. HABERMAS stellt mit seiner Diskursethik eine zu dem Denken RAWLS verwandte, aber doch verschiedene Position dar.¹⁷ Auch HABERMAS ist wieder am faktischen Konsens interessiert, weil er eigentlich kein Kriterium für die Wahrheit beinhaltet. Er versucht zu einem rationalen Konsens zu gelangen. Dieser entsteht, nachdem die Kommunikationsgemeinschaft der Betroffenen in einem realen oder virtuellen praktischen Diskurs, frei von zeitlichen und räumlichen Begrenzungen und von irgendwelchem fremden Druck von außen die Geltungsansprüche der zu Diskussion stehenden Normen geprüft hat. Das Ergebnis des Diskurses soll das Richtige sein. Die Anwendung des Universalisierungsprinzips von KANT, zu dem HABERMAS sein ethisch-dialogisches Prinzip hinzufügt, führt zur Gleichstellung von Universalität und normativer Gültigkeit.

keit, wenn erstere im Rahmen eines kommunikativ-diskursiven Prozesses, der die soeben erwähnten Eigenschaften aufweist, zustande kommt.¹⁸

Recht und Ethik: das Richtige und das Gute

Konsensualisten und Kontraktualisten erreichen den Konsens, indem sie in der Ethik drei Ebenen unterscheiden, nämlich die formale, die politische und die persönlich-private Ebene. Sie sind damit mehr am Richtigen („fair“ bei RAWLS) als am Guten interessiert. Sie beschäftigen sich daher mit dem metaethischen Konsens, der auf der formalen Ebene erreicht wird (Rahmenkonsens), aber auch mit dem politischen Kompromiss, der unter Anwendung der Regeln des Rahmenkonsenses von der Mehrheit akzeptiert wird. Beide – metaethischer und politischer Konsens – gehören in den Bereich des Richtigen. Es wird ein minimaler Konsens angestrebt, der trotz Dissens ein Zusammenleben erlauben soll.

Die theoretische Unterscheidung zwischen der Kategorie des Richtigen und der des Guten ist als methodischer Ansatz zur Annäherung an das Gute durch einen diskursiven Prozess, dessen Ende nicht definiert werden darf und unendlich sein kann, sicherlich legitim. Die Diskursethik schließt aber die Kategorie des Guten aus dem Konsensfindungsprozess aus. Das Gute sei zwar auf der persönlichen Ebene relevant, über das Gute sei aber kein Konsens zu erlangen. Die Ansichten über das gute und das gelungene Leben werden also abgekoppelt. Dies erklärt auch, warum sie es nicht mehr nötig hat, den Tugenden Aufmerksamkeit zu schenken. Letztlich hat man es hier mit einem Neuskeptizismus, der geradewegs zum Minimalismus und sogar zum Relativismus führt, zu tun.

Diese Ansätze, die den Konsens in den Vordergrund der Lösungsfindung bei ethischen Problemen stellen, verwischen den Unterschied zwischen Recht und Moral und reduzie-

ren letztere auf das Erste. Das Recht bewegt sich eher im Bereich des Richtigen, während das Gute das Eigentümliche der Ethik ist. Wird das Gute ausgeblendet, so reduziert sich die Moral auf einen harten Kern von unumstrittenen formalen Regeln, die sich meistens in Form von Verboten ausdrücken. Es ist eine minimalistische Moral. Man kann BAYERTZ nur zustimmen, wenn er in seiner Kritik an der HABERMAS'schen Diskursethik behauptet, dass der ethische Formalismus und Minimalismus einen hohen Preis bezahlen muss: nämlich den Verlust der moralischen Identität.¹⁹ Diese Ethik lässt nicht die Bestimmung der Güte einer Handlung, sondern nur deren Richtigkeit in den einzelnen Momenten des Diskursprozesses zu. Mit einem Wort, sie ist ein Versuch, den als praktisch unüberwindlich angesehenen Dissens über das Gute durch den mutmaßlichen Konsens über das Richtige zu ersetzen, um so noch ein Zusammenleben zu retten.

Die Kritik an der Konsensethik

Die Dialektik Konsens/Dissens der Diskursethik und der kontraktualistischen Ansätze beruht auf zwei Prämissen. Die erste ist die Existenz einer Kategorie des ethisch Richtigen, die verschieden und unabhängig vom ethisch Guten ist, und die zweite ist das Band der Neutralität, das, wie bereits erwähnt, im Verzicht auf jede partikuläre Auffassung über das Gute und das glückliche Leben bei der Suche nach einem übergreifenden Konsens besteht.

Die erste Prämisse stellt eine Auffassung der Ethik dar, die zwischen der politischen Ethik und der Individualethik kaum Berührungspunkte zulässt. Sicherlich muss man der Sozialethik oder der politischen Ethik ebenso wie allen anderen sogenannten „Bindestrichethiken“ eine formelle Spezifität zugestehen. Dennoch, wenn man von der einen einzigen Vernunft ausgeht, muss man die Ethik als ein systematisch strukturiertes Ganzes sehen, so dass

die einzelnen Zweige nur Aspekte der einen Realität fokussieren und deshalb miteinander untrennbar in Verbindung stehen.²⁰ Diese ganzheitliche Auffassung der Ethik, die sich zwangsläufig aus der Einheit der menschlichen Vernunft ergibt, ist gerade das, was die Konsensethik mit ihrer Unterscheidung zwischen dem Richtigen und dem Guten und der Ausblendung des letzteren aufgelöst hat. Der individuelle ethische Aspekt der Fragen wird, wenn nicht ausgeklammert, zumindest stark entstellt.

In vielen wirtschaftlichen, arbeitsethischen und familiären Fragen gibt es einen gewissen Spielraum von Lösungen, die ethisch ziemlich gleichwertig und für einen Konsens ohne weiteres tauglich sind, die aber in den meisten Grundfragen der Bioethik, die den Respekt und die Achtung der Würde des Menschen und des Lebensschutzes betreffen (z.B. Abtreibung, Euthanasie und künstliche Befruchtung), keinen Spielraum, sondern nur ein Entweder/Oder zulassen. Es ist unmöglich, die privaten von den öffentlichen Werten (Gütern) ganz zu trennen, weil private Güter durch die soziale Struktur der Person eine soziale Dimension und Relevanz besitzen, die nicht von der Rechtsordnung ignoriert werden können, wenn man sie in das Gemeinwohl (*bonum communis*) integrieren will.²¹ RODRÍGUEZ LUÑO hat gezeigt, dass die monistische Lösung von ARISTOTELES – für den das Gemeinwohl und das in den Tugenden ausgedrückte persönliche Wohl (private Güter) deckungsgleich sind – nicht zufriedenstellend ist; andererseits kann aber eine Lösung wie die von HABERMAS oder RAWLS, die indirekt die Einheit der praktischen Vernunft leugnet, nicht annehmbar sein. In der Ethik ist die Unterscheidung zwischen dem Öffentlichen und dem Privaten legitim und notwendig, aber sie entspricht nicht der Unterscheidung zwischen dem Richtigen und dem Guten in dem Sinn, dass das Öffentliche der Bereich des Richtigen und das Private der Bereich des Guten wäre. Die systematische Struk-

turierung der Ethik als ein Ganzes, das sowohl die politische wie auch die persönliche Ethik als partikuläre Aspekte integriert, setzt voraus, dass die reale Beziehung zwischen dem politischen Gemeinwohl (öffentliche Güter) und dem Wohl der Einzelnen (private Güter) berücksichtigt wird und in der Gesellschaftsordnung zum Tragen kommt. Es ist für den Fundamentalismus typisch, keinen Unterschied zwischen diesen zwei Güterarten zu machen. „Man muss klar sehen, dass die Menschen vor einer doppelten Frage stehen: Sie müssen gut leben, und sie müssen zusammenleben: Das Gut-leben ist wichtiger, aber das Zusammenleben ist ein Fundament des guten Lebens.“²² Diese zwei Fragen dürfen also nicht voneinander getrennt werden. Ansätze, die nur das Richtige suchen, wollen das Zusammenleben lösen, ohne die Bestimmungsfaktoren des Gut-lebens zu berücksichtigen. Diese führen, wie sogar manchmal ihre eigenen Verteidiger zugeben, aber letztlich dazu, die Positionen der Mehrheit durchzudrücken.²³

Andererseits gehört diese erste Prämisse zum ethischen Fundament des sogenannten starken Liberalismus, der Streitfragen der Moral aus dem öffentlichen Raum verbannt hat.²⁴ Die Grundfrage der Ethik wird damit umgedreht. Statt der Frage nach den Bestimmungskriterien des Guten nachzugehen, in der Erwartung, dass diese als gut festgelegten Kriterien auch zum Konsens führen, wird lediglich die Frage gestellt, „worauf man sich noch einigen könne“. Der Konsens – die Ansicht der Mehrheit – wird somit zum Kriterium des *Bonum communis* erhoben. Man übersieht leicht den Zirkelschluss, der aus dieser Prämisse folgt, weil jener Konsens, der eigentlich als Ziel des ethischen Diskurses auch erreicht werden sollte, bereits am Beginn desselben Diskurses schon vorausgesetzt wird und damit der ethische Diskurs de facto überflüssig ist.

Die zweite Prämisse, das Band der Neutralität, scheint eher jener theoretischen Fiktion zu entsprechen, die jede Art von Liberalismus be-

gleitet, der die Neutralität der Verfassung und des Staates postuliert. Es handelt sich um einen Widerspruch in sich. Wie RHONHEIMER richtig darlegt, ist bestenfalls nur eine Scheinneutralität erreichbar. Hinter der Forderung nach einer „neutralen Rahmenbedingung“ oder „neutralen Regelung“ steckt auch eine Ideologie, in dem Fall eine liberale. Solche Forderungen sind daher so wenig neutral wie jede andere ideologische Forderung.²⁵ Die Annahme des „zweiten“ RAWLS²⁶, dass ein überlappender Konsens („overlapping consensus“) erreichbar ist, weil alle partikulären rationalen Auffassungen über des gute Leben gemeinsame moralische Annahmen und Ziele haben, die auf eine gemeinsame philosophische Grundlage hindeuten, scheint mit seiner anderen These im Widerspruch zu stehen: „Um einen Konsens zu erreichen, ist es notwendig, dass die politische Philosophie so weit wie möglich versucht, unabhängig und autonom von anderen Teilen der Philosophie, insbesondere aber von den traditionellen philosophischen Problemen und Kontroversen zu bleiben“²⁷ (Band der Neutralität). HALDANE²⁸ hat darauf aufmerksam gemacht, dass RAWLS seine Neutralitätsbindung verlässt, wenn er der Frage der Legitimität der Abtreibung nachgeht.²⁹ Nach RAWLS muss sich eine politische Ethik nach der öffentlichen Vernunft richten, die bei Konfliktsituationen in der Abwägung der allgemeinen Rechte und Interessen der Beteiligten besteht. Er meint, dass demnach, „das Gesetz den Frauen ein in gebührender Weise qualifiziertes Recht zusprechen sollte, innerhalb eines bestimmten Zeitraums, sagen wir des ersten Trimesters, selbst darüber zu entscheiden, ob sie ihre Schwangerschaft fortsetzen wollen oder nicht. Die Möglichkeit eines legalen Schwangerschaftsabbruches weiter zu begrenzen, würde meines Erachtens auf eine unvernünftige Abwägung politischer Werte hinauslaufen.“³⁰ Der Selbstwiderspruch RAWLS besteht darin, dass seine normative These, die öffentliche Vernunft dürfe keine partikulären ethischen Auffassungen berücksichtigen, auch

auf seine eigene Auffassung zutreffen müsste. Es ist nicht einzusehen, warum plötzlich die Norm, die er für alle postuliert, für ihn selbst nicht mehr gelten soll. Auch nicht ganz ohne intellektuelle Arroganz ist die Behauptung, dass das Band der Neutralität Bestandteil einer metaethischen Theorie ist, die sich eigentlich gegenüber philosophischen und religiösen Auffassungen neutral verhält. De facto aber – wie oben bei der konkreten Frage der Abtreibung gezeigt wurde – ist diese Art von Argumentation nur eine weitere philosophische Auffassung, die für sich in keiner Weise eine „Metaposition“ gegenüber anderen ethischen Auffassungen beanspruchen darf.

Konsensualismus und Prinzipialismus – eine politische Bioethik in der Krise

Diese konsensualistischen Ansätze haben zweifelsohne eine theoretische und vor allem auch eine praktische Attraktivität, weil sie bei schwierigen politischen Fragen wie die der Regelungen der Arzt-Patient-Beziehung oder der Verteilung der Gesundheitsressourcen usw. den Konsens in der pluralistischen und säkularisierten Gesellschaft erleichtern. Daher finden diese Ansätze in der Bioethik immer mehr Anhänger. H.T. ENGELHARDT sieht in den sogenannten „rights of privacy“ eine Lösung für die moralischen Dilemmata, wie zum Beispiel die künstliche Befruchtung, die der divergierende Pluralismus unserer Gesellschaft im bioethischen Bereich aufwirft.^{31,32} In seiner Argumentation erkennt man die Nähe zu RAWLS, denn das Ziel des Ansatzes „rights of privacy“ besteht darin, am Konsens jenes Minimum zu suchen, das ein Maximum an persönlicher Freiheit sichert. Aber die klassische liberale Strategie, alle moralischen Konflikte in den privaten Bereich zu verlegen und sie damit aus der Öffentlichkeit zu verbannen, bringt weder auf der privaten noch auf der öffentlichen Ebene eine Lösung, sondern verdrängt sie nur.³³

In Europa hat Hans Martin SASS, der de facto eine Brückenfunktion zwischen der amerikanischen und der deutschen Bioethik ausübt, als Alternative zu jenen Ansätzen, die vom generalisierenden Prinzip KANTS ausgehen und deduktiv den Konsens suchen, eine Differentialethik vorgeschlagen. Er fasst vier Eigenschaften der Differentialethik zusammen: 1) Weltanschauliche Offenheit; 2) Instrumentalisierung der verschiedenen Weltanschauungen zur Erreichung einer partnerschaftlichen Entscheidung in einer pluralistischen Gesellschaft; 3) Orientierung am Detail, an der Person und an der Situation; 4) Fokussierung des Einzelfalls unter Hintansetzung genereller Prinzipien.³⁴ Das Konzept ist allerdings noch kaum im Detail entwickelt, scheinbar geht es um einen kasuistisch-konsequentialistischen Ansatz der Konsensfindung.

Wahrscheinlich waren der vorherrschende Prinzipialismus und die öffentliche Relevanz der aktuellen bioethischen Themen dafür maßgeblich, dass sich dieser junge Zweig der Ethik immer mehr zur politischen Spezialetik entwickelt hat. Die kommunikativen Prozesse und der Konsens sind in der politischen Ethik sehr wichtig; die moderne und die postmoderne Ethik haben sich sehr intensiv mit beiden befasst und ihre große Bedeutung anerkannt. Man darf gleichzeitig aber nicht übersehen, dass in den besonders wichtigen Fragen, in denen unermessliche Werte und unveräußerliche Rechte wie das Leben selbst und die Würde des Menschen auf dem Spiel stehen (Abtreibung, Genmanipulation, Fortpflanzung, Euthanasie usw.), jene theoretischen Ansätze, die den Konsens als ihr unmittelbares Ziel und den intersubjektiven Diskurs als das dazu angemessene methodische Verfahren sehen, keine zufriedenstellenden Lösungen liefern. Diese Ansätze sind stark auf die politische Legitimation fixiert und weniger um die Wahrheit oder das Gute bemüht. Man muss HÖFFE beipflichten, der in Zusammenhang mit der Position von HABERMAS bemerkt hat, dass die Diskurstheorie keine überzeugende Wahrheitslehre ist.³⁵

Tatsächlich vermisst man den Versuch, ihre Thesen an eine Wahrheit über das gute und glückliche Leben zu binden. Die lange philosophische Tradition, die von PLATO und ARISTOTELES ausgeht (Ethik des gelungenen Lebens oder auch kurz Lebensethik), hat gezeigt, dass diese Verknüpfung allein durch die Tugendlehre geleistet wird. Durch die Tugend bleibt in der Praxis die Ethik an die Wahrheit gebunden.³⁶

In den Vereinigten Staaten werden in der letzten Zeit die Stimmen gegen den Prinzipialismus immer lauter.³⁷ Man kann heute bereits von einer Krise sprechen, die zweifelsohne mit der Vernachlässigung der Tugendlehre zusammenhängt. Damit kann die prinzipialistische Bioethik ihren Anspruch, eine autonome Ethik zu sein, nicht mehr einlösen. Denn das Grundprinzip der Autonomie allein genügt nicht, damit die Moral autonom ist. Der Prinzipialismus bleibt eine heteronome Ethik, das heisst ein System von fremdbestimmten Prinzipien und Verhaltensregeln, sofern der Mensch sich diese nicht auf eine seiner rationalen und gleichzeitig affektiv-sinnlichen Natur angemessenen Weise verinnerlicht, d.h. zu eigen macht. Gerade diese Verinnerlichung ist das, was nur die Tugend leistet.

Der Konsens ist sehr wichtig, er ist notwendiger Bestandteil des politischen Ethos, darf aber nicht das Ziel der Bioethik sein, sondern eher die Folge ihres Bemühens um die Wahrheit, die – so unzugänglich sie auch erscheinen mag – immer das Ziel der philosophischen Reflexion ist und bleiben muss. Der Konsens wird manchmal trotz Wahrheitssuche nicht leicht sein, aber ein Konsens ohne Wahrheit darf nicht zum Gegenstand der Bioethik werden. Wenn man sehnsüchtig und ungeduldig den Konsens anstrebt, wird die Versuchung sehr groß, im Umkehrschluss den Konsens als Kriterium der Wahrheit zu nehmen. Ein Bestandteil des politischen Ethos der Demokratie ist der Respekt vor Mehrheitsentscheidungen, aber sie werden deshalb nicht zum Ermitt-

lungsverfahren der Wahrheit erklärt, noch bekommen sie auf demokratischem Wege ihre moralische Legitimation. Man müsste umgekehrt darauf bestehen, dass die Mehrheit nur jene Entscheidungen trifft, die den Kriterien der Wahrheitsfindung am besten entsprechen und deshalb moralisch auch legitimiert werden können. Man darf nicht so argumentieren, als würde die Suche nach der Wahrheit nicht auch dem politischen Ethos angehören.

Das Ziel der politischen Ethik ist nicht der Konsens, sondern das politische Gemeinwohl, das in den konkreten Fragen nicht selten weit entfernt vom Konsens oder den Präferenzen der Mehrheit liegt. Eine wichtige Funktion der politischen Ethik liegt gerade darin, Unterscheidungskriterien zwischen jenen Ansprüchen zu finden, die im demokratischen Diskurs geachtet werden müssen, und jenen, die keinen Respekt verdienen, weil sie gegen das Gemeinwohl verstoßen. Das Recht auf Abtreibung kann z.B. aus der Perspektive einer politischen Ethik des Gemeinwohls, die das Lebensrecht und das Prinzip der Nichtdiskriminierung postuliert, keinen Anspruch auf Respekt erheben. Die politische Ethik wird ein solches Recht nicht aus religiösen Gründen ablehnen, weil es etwa gegen das fünfte Gebot des Dekalogs verstößt, sondern weil es dem Recht, das für das Gemeinwohl konstitutiv ist, entgegengesetzt ist. Leider kann man nicht behaupten, dass sich die Bioethik bis jetzt als eine politische Ethik des Gemeinwohls entwickelt hat, sondern eher als eine des Konsenses. Dies hat sich auf der Bielefelder Konferenz klar gezeigt.

Bioethik als Angewandte Tugendethik

Die moderne Ethik hat eine wichtige anthropologische Vorgabe verdrängt, die der klassischen Lebensethik zugrunde liegt, nämlich die leib-seelische Einheit des Menschen. Geist und Leib, Vernunft und Sinnlichkeit bilden im Menschen eine Einheit. Der Mensch

und alles in ihm ist leib-seelisch geprägt: Kein Vorgang in ihm lässt sich ausschließlich dem leiblichen oder dem seelischen Teil zuordnen, ohne in einen Dualismus zu verfallen. Die Handlungen als Gegenstand der Ethik entziehen sich dieser Prägung nicht.

Der Prinzipialismus und der Konsensualismus teilen diesen Dualismus, indem sie bei der Rechtfertigung und Geltung von ethischen Prinzipien und Normen den kognitiven, nicht aber den affektiven Teil des Menschen berücksichtigen: Da Erkenntnis und Anerkennung von Pflichten (Normen und Prinzipien) rein geistige Tätigkeiten sind, wird die Vernunft unabhängig von der emotional-sinnlichen Verfassung des Menschen imstande sein, die Prinzipien richtig zu erkennen, und der Wille wird dieser Vernunft auch folgen. Diese Unabhängigkeit wird allerdings – so müssen die späten Strömungen der Moderne realistisch einschränken – durch einen interpersonalen Diskurs erreicht, der auf einen Konsens abzielt. Es ist die Anerkennung dieses Konsens, was der Norm oder dem Prinzip eine allgemeine Geltung verleiht. STOCKER hat diesen Dualismus der modernen deontologischen Strömungen kritisiert, die sich intensiv mit der Festlegung der Pflicht beschäftigen, die Motivation und die tatsächlichen affektiven Tendenzen des Menschen aber außer Acht lassen. Sie bestimmen, was zu tun ist, versagen aber darin, „das Gute, das zu tun ist“, zu begründen, und zu zeigen, „wie man die eigenen Tendenzen auf das Gute hin steuert“.³⁸ Das ist gerade, was die in der Lebensethik verankerte Tugendlehre leistet. Ihr zufolge fließen die Handlungen des Menschen unmittelbar aus seinem geistigen (dem Willen) und seinem sinnlichen Strebevermögen (organisch und physiologisch bedingte Tendenzen und Neigungen der Sinne), und mittelbar aus der im Strebevermögen eingebetteten praktischen Vernunft. Letztere erkennt das Gute, das zu tun ist, und beeinflusst das Strebevermögen, das eigentliche Handlungsvermögen. Dennoch determiniert die Vernunft

den Willen nicht. Bereits ARISTOTELES zeigte, dass die Vernunft nicht eine despotische Herrschaft über das Strebevermögen führt, sondern „eine politische Herrschaft über Freie“.³⁹ Nun ist die Tugend das, was das Strebevermögen auf das von der Vernunft erkannte Gute hinordnet. Aber man darf die Tugend nicht als eine Art Züchtigung des Strebevermögens, das völlig der Vernunft unterworfen wird, ansehen, denn die Vernunft, die vom Willen bewegt wird, vermag in den Neigungen und Tendenzen des sinnlichen Strebevermögens, fern von jedem Naturalismus, einen Sinn (Teleologie) zu erkennen, der zur Grundlage des Unterscheidungsprinzips zwischen Gut und Böse wird. Die praktische Vernunft bestimmt also in jeder konkreten Situation, was zu tun gut ist. Wenn aber die Vernunft in ihrem eigenen Akt von Affekten und Leidenschaften behindert wird, wird der Mensch das für gut halten, was objektiv eigentlich nicht gut ist. Die Tugenden ordnen die Affekte und Leidenschaften, sodass sie die Vernunft in ihrem Akt nicht stören, sondern sie auch auf das Gute hin orientieren.⁴⁰ Sie erscheinen somit einerseits als Befreiung und Freiheit der Vernunft und andererseits als Garant dafür, dass dem richtigen Urteil der Vernunft gefolgt wird. A.M. GONZALEZ hat die Tugenden als „eine Frucht des ‚Dialogs‘ zwischen Vernunft und Natur“⁴¹ sehr treffend beschrieben. Und THOMAS V. AQUIN spricht in diesem Zusammenhang immer von *recta ratio* (rechte Vernunft). Bei ihm hat nur die rechte Vernunft den Namen Vernunft bekommen, nicht aber die irrige, affektierte oder krankhafte, die weder die Wahrheit noch das Gute zu erfassen vermag: „*Ratio corrupta non es ratio.*“⁴² Aus dem kann man folgern, dass bei einer Ethik, die auf Prinzipien aufbaut und Tugenden vernachlässigt, keine Gewähr gegeben ist, dass ihre Prinzipien und die daraus abgeleiteten Normen in der rechten Vernunft gründen. Das ist das Problem der erwähnten Strömungen in der Bioethik: Der Konsens garantiert nicht die Vernünftigkeit der Normen und die Richtig-

keit der Prinzipien, denn, wie schon ARISTOTELES ausführlich erläuterte, das Laster verdirbt das Handlungsprinzip und zerstört das praktische Urteilsvermögen.⁴³

Aber natürlich ist die Bioethik als angewandte Ethik keine Tugendethik in dem Sinn, dass sie spezielle bioethische Tugenden ausarbeiten sollte. Hauptaufgabe der Bioethik ist es, eine Handlungstheorie zu entwerfen, die es erlaubt, eine bestimmte Art von Handlungen sittlich zu bewerten und zu typisieren. Sie untersucht die Natur und Struktur jener Handlungen, die mit Eingriffen des Menschen in sein eigenes biologisches Leben oder in jenes anderer Lebewesen zu tun haben. Es geht um sehr komplizierte Zusammenhänge, wie die Genetik, die Fortpflanzungsmedizin, die Palliativmedizin usw., deren sittliche Natur vom Handelnden nicht unmittelbar erkannt werden. Man kann beispielsweise einen bewussten schwerkranken Menschen künstlich Flüssigkeit und Nahrung zuführen; In manchen Fällen wird dadurch der Patient gerettet, und in anderen Fällen vielleicht nur die Agonie verlängert werden. Die Grenze zwischen diesen beiden Situationen muss so genau wie möglich definiert werden, um festzustellen, ob dasselbe Tun im einen Fall heilt, im anderen quält oder tötet. Die Beurteilung der Sittlichkeit der Handlung, das eigentliche Ziel der Ethik, setzt somit eine vorgelagerte Handlungstheorie voraus. Darin besteht im wesentlichen die Aufgabe der angewandten Ethik. Diese, wie auch die Bioethik, ist keine in sich geschlossene Disziplin. Sie wendet Kriterien der Sittlichkeit an, die sie nicht aus ihrer Analyse ableiten oder begründen kann. Sie ist da auf die allgemeine Ethik angewiesen, d.h. auf die Tugenden und die Prinzipien.

Im Zusammenhang mit dem Konsensualismus und dem Prinzipialismus stellt sich auch die Frage, welche Art von Rationalität eine Ethik hat, die die Tugendlehre ignoriert. Und in weiterer Folge: Welchen Konsens kann man in einer „Lastergesellschaft“ erreichen? Man wird nicht ausschließen können, dass ein sol-

cher Konsens theoretisch mit dem Gemeinwohl noch etwas zu tun haben könnte, aber man darf nicht vergessen, dass auch das politisch gute Handeln eine Frage der politischen Tugenden ist.⁴⁴ Im Lichte der Lehre von der Einheit der Tugenden (die Tugenden bilden insofern eine Einheit, als eine Handlung nicht gemäß einer Tugend gut und gemäß einer anderen böse sein kann) wird man nur skeptisch über die moralische Qualität des Konsenses in einer „Lastergesellschaft“ sein können. Was für einen Wert hat ein solcher Konsens? Wie oben erwähnt, gewährt der Konsens die Rationalität nicht. Dies kann nur durch die Tugendlehre erreicht werden. Es geht aber, wie bereits erwähnt, nicht um spezifisch bioethische Tugenden. Die Tugendlehre hat allgemeinen Charakter. Es geht also vielmehr darum, in die Bioethik die Tugendlehre als Ergänzung zur speziellen Handlungstheorie einzubeziehen.⁴⁵

In der gegenwärtigen Diskussion um die Tugenden behaupten die Prinzipialisten⁴⁶, dass, obwohl Tugenden und Prinzipien nicht dasselbe sind, der Unterschied gar nicht so groß ist, denn es gibt zwischen ihnen eine klare Korrespondenz, d.h. jede Tugend kann einem gleichnamigen Prinzip zugeordnet werden, sodass dadurch beide Begriffe kompatibel werden. Tatsächlich sind die normativ-kognitiven Prinzipien der praktischen Vernunft für die Tugenden Ziele und auch Wegweiser. Aber einerseits enthält der Tugendbegriff neben dieser kognitiven Dimension (den Prinzipien) eine handlungsbezogene, affektiv-intentionale Dimension (die Hinordnung der sinnlichen Neigungen und der Affekte auf das letzte Ziel) und eine ebenfalls handlungsbezogene elektive Dimension (die Wahl der geeigneten Mittel zur Erreichung des Zieles). Die zwei zuletzt genannten Dimensionen sind den Prinzipien fremd. Diese zwei handlungsbezogenen Dimensionen vermögen auf der Ebene der konkreten partikulären Situation die Entscheidungen im Sinne der moralisch universellen Prinzipien, d.h. auch der Wahrheit, zu treffen und der Situation ge-

mäß zu handeln.⁴⁷ Andererseits, wie bereits oben erwähnt, sind die praktischen Prinzipien ohne Tugenden nur schwer erkennbar.⁴⁸

Ausblick: Die Bioethik sollte sich sowohl als angewandte Individualethik, als auch als politische Spezialethik entwickeln.⁴⁹ Es sind, wie oben erwähnt, keine verschiedenen Ethiken, sondern systematisch gegliederte Teile einer einzigen Wissenschaft der praktischen Vernunft. Die klassische und die moderne Ethik stimmen darin überein, dass sie die Gerechtigkeit als ihren zentralen Gegenstand wählen. Aber während die klassische Ethik außerdem dazu tendiert, der Wahrheit und der Tugenden Vorrang über Frieden und Freiheit einzuräumen, unterstellt die moderne Ethik den Frieden, die Wahrheit und die Tugenden der Autonomie. Die klassische Ethik hat ihr Ziel vor allem in das gute Leben gesetzt, die Moderne in das friedliche Zusammenleben. Da es aber darum geht, gut und glücklich zusammenzuleben, muss man beide Bestandteile der ethischen Grundfragen gut miteinander verbinden. Dies erfordert eine harmonische Entwicklung beider Perspektiven der Bioethik – der persönlichen und der politischen. Auch als politische Ethik braucht die Bioethik die Tugenden, denn keine formal und auch inhaltlich richtige Konsenslehre kann an der Tugendlehre vorbeigehen.⁵⁰ Die Bioethik müsste sich also in der nächsten Zukunft viel stärker der Tugendlehre zuwenden, auch um in schwierigen Fragen einen Konsens zu erreichen.

Referenzen

1. BAYERTZ K. (Hrsg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1996), S. 14
2. ENGELHARDT H.T., *Ein skeptischer Nachtrag: Einige abschließende Reflexionen über Konsens*, in: BAYERTZ K. (Hrsg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, S.270
3. Prinzipialismus steht hier für den in der anglo-amerikanischen Fachliteratur eingeführten Terminus Prinzipialismus, der manchmal auf deutsch auch mit Prinzipialismus übersetzt wird. Damit wird ein ethischer Ansatz

- bezeichnet, der auf Prinzipien und nicht auf Tugenden gründet.
4. ANSCOMBE G.E.M., *Modern moral philosophy*, Philosophy (1958) 33, S. 1-19
 5. BAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York (4.ed. 1994), S. 120-188
 6. ARISTOTELES, *Ética a Nicómaco*, 1173 a
 7. CICERO, *De divinatione II*, 11, 84
 8. JOHANNES PAUL II, *Evangelium vitae* (Enzyklika) (1995) n. 70
 9. HOERSTER, N., *Abtreibung im säkularen Staat*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1991)
 10. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1998)
 11. HARRIS, J., *The Value of Life. An introduction to medical ethics*, Routledge, New York (1985); HARRIS, J., *Euthanasia and the value of Life*, in: KEOWN, J., *Euthanasia Examined*, Cambridge University Press, Cambridge (1995), S.17-20; HARRIS, J., *Clones, Genes, and Immortality*, Oxford University Press, Oxford (1999), S.3-8
 12. DWORKIN, R., *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, A. Knopf, New York (1993)
 13. SINGER, P., *Leben und Tod*, Harald Fischer Verlag, Erlangen (1998), S. 9-12 und S.189-223
 14. RAWLS, J., *Das Ideal des öffentlichen Vernunftgebrauchs*, in: Information Philosophie I (1994), S.5-18; RAWLS, J., *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York (1996), S.212-247
 15. PRAT, E.H., *Multiculturalismo: Pluralidad divergente y solidaridad*, in: BANÚS, E., LLANO, A., *Razón práctica y multiculturalismo*, Newbook, Pamplona (1999), S.38-39
 16. RAWLS, J., *The Idea of an Overlapping Consensus*, in: New York Law Review 64 (1989), S.233-255; dt. Version: *Der Gedanke eines übergreifenden Konsenses*, in: RAWLS, J., *Die Idee des politischen Liberalismus*, Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 306-312
 17. HABERMAS, J., *Erläuterungen zur Diskursethik*. Suhrkamp, Frankfurt am Main (1991), S.125-131
 18. HABERMAS, J., *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1983), S.76
 19. BAYERTZ, K. (Hrsg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, S.73
 20. RODRIGUEZ LUÑO, A., *Ética Personal y Ética Política*, in BANÚS, E., LLANO, A., *Razón práctica y multiculturalismo*, S. 279
 21. RHONHEIMER, M., *Lo stato costituzionale democratico e il bene comune*, CON-TRATO, anno VI (1997), S.111
 22. RODRIGUEZ LUÑO, A., *Ética Personal y Ética Política*, in BANÚS, E., LLANO, A., *Razón práctica y multiculturalismo*, S. 284
 23. CHALMETA, G., *Ética Especial. El orden ideal de la vida buena*, Eunsa, Pamplona (1996), S. 189
 24. RHONHEIMER, M., *Lo stato costituzionale democratico e il bene comune*, S.101
 25. RHONHEIMER, M., *Lo stato costituzionale democratico e il bene comune*, S.111 und S. 115
 26. Zwischen „A Theorie of Justice“ (1971) und „Political Liberalism“ (1996) hat RAWLS manche seiner Ansichten revidiert, sodass man nicht selten vom ersten und zweiten RAWLS spricht.
 27. RAWLS, J., *The Idea of an Overlapping Consensus*, in: New York Law Review 64 (1989), S.233-255; dt. Version: *Der Gedanke eines übergreifenden Konsenses*, in: RAWLS, J., *Die Idee des politischen Liberalismus*, S. 304-310
 28. HALDANE, J., *Liberalism and the limits of Public Reason*, in: BANÚS, E., LLANO, A., *Razón práctica y multiculturalismo*, S.203
 29. RAWLS, J., *Political Liberalism*, New York (1996), S.243-244
 30. RAWLS, J., *Das Ideal des öffentlichen Vernunftgebrauchs*, in: Information Philosophie I (1994), S.16
 31. ENGELHARDT, H.T., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York (1986), S. 226
 32. ENGELHARDT, H.T., *Konsens: Auf wie viel können wir hoffen? Eine begriffliche Erkundung, veranschaulicht an der neueren Debatte über die Verwendung von Reproduktionstechnologien beim Menschen*, in: BAYERTZ, K. (Hrsg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, S. 55
 33. MOESCHL, P., *Das Sterben der anderen – ein liberales Paradoxon? Humanismus, Demokratie und Sterbehilfe*, Pieus, Wien (1999), S. 30 - 33
 34. SASS, H.M., *Ethische Expertise und Güterabwägung*, in: SASS, H.M., VIEFHUES, H. (Hrsg.), *Güterabwägung in der Medizin*, Springer Verlag, Berlin (1991),
 35. HÖFFE, O., *Kritische Überlegungen zur Konsensustheorie der Wahrheit*, Ethik und Politik (1979), S.251-277; HÖFFE, O., *Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Diskurs*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1996), S.153-159
 36. DE AQUINO, T., *Summa Theologiae*, I-II Q.57 a.2, ad.3, vgl. auch RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, Academia-Verlag, Berlin (1994), S.507-592
 37. BAKER, R., *A Theorie of International Bioethics*, Kennedy Institute of Ethics Journal Vol. 8, No 3 (1998), S.201-274; CLOUSER, D., GERT, B., *A Critique of Principlism*, The Journal of Medicine and Philosophie Vol 15/2 (1990), S. 219-236; CALLAHAN, D., *Can the Moral Commons Survive Autonomy*, Hastings Center Report Vol. 26 No 6 (1996), S.41-42; CALLAHAN, D., *When Self-Determination Runs Amok*, Hastings Center Report, Vol. 22 No 2 (1992), S. 52-55; McGRATH, P., *Autonomy, Discourse, and Power: A Postmodern Reflection on Principlism and Bioethics*, The Journal of

- Medicine and Philosophie, Vol.15 No 5 (1998), S. 516-532; PELLEGRINO, E.D., THOMASMA, D.C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York (1993), S.165-174; VEATCH, R.M., *Which Grounds for Overriding Autonomy Are Legitimate?*, Hastings Center Report, Vol. 26 No 6 (1996), S.42-43
38. STOCKER, M., *The Schizophrenia of Modern Ethical Theories*, The Journal of Philosophie 73, S.14 (1976), S.453-466, auch *Die Schizophrenie moderner ethischen Theorien*, in: RIEPE, K.P., SCHABER, P. (Hrsg.) *Tugendethik*, Reclam, Stuttgart (1998), S.19-41
39. ARISTOTELES, Politik, I, 5, 1254 b, 5
40. Eine genaue Darstellung des Zusammenwirkens von praktische Vernunft und Strebevermögen, in ihre kognitiven und operativen Funktion bietet RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, (1994) und *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension* in diesem Heft, S. 103
41. GONZALEZ, A.M., *Prinzipien und Tugenden in Bioethik*, Imago Hominis VII/I, Wien (2000), S. 21
42. THOMAS V. AQUIN, In II sententiarum, d. 24, q. 3, a. 3 ad 3.
43. ARISTOTELES, Nikomachische Ethik, 1095b 4-11, 1140b 13 -2, 1150b 31, 1151a 26
44. SUTOR, B., *Politische Ethik*, Paderborn (1991), S.64-113; RHONHEIMER, M., *Lo stato costituzionale democratico e il bene comune*, CON-TRATO, anno VI (1997), S.60-64
45. SCHWEIDLER, W., *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, Imago Hominis VIII/I, Wien (2000), S. 35-48
46. BAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*, S. 66-69
47. GONZALEZ, A.M., *Prinzipien und Tugenden in Bioethik*, Imago Hominis VII/I, Wien (2000), S. 17-33; RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, (1994), S.418ff.
48. Dies wird in RHONHEIMER, M., *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica.*, Armando Editore Roma (1994), S.239-255
49. Es ist klar, dass jede Ethik eine „persönliche“, oder eine Individualethik ist. Sie beurteilt die sittliche Qualität der menschlichen Handlungen, die immer persönlich sind. Deshalb ist auch die politische eine persönliche Ethik, jedoch werden in ihr die (politischen) Handlungen unter dem spezifischen formalen Aspekt ihres Dienstes zum Gemeinwohl beurteilt. Deontologische und utilitaristische Ansätze führen de facto zu einer Ethik für den „Zuschauer“, d.h. für einen fiktiven Nichthandelnden, der die Handlung des (politisch) Agierenden „objektiv“ beurteilt. Über die Problematik dieser Ansätze, die auch als Ethik der dritten Person genannt werden vgl. ABBA, G., *Felicità, vita buona e virtù*, LAS, Roma 1989.
50. RODRIGUEZ LUÑO, A., *Ética Personal y Ética Política*, in BANÚS, E., LLANO, A., *Razón práctica y multiculturalismo*, S.284

Tugend und psychische Gesundheit

Martin WALLROTH

ZUSAMMENFASSUNG

Die zeitgenössische Betonung psychischer Gesundheit scheint – zumindest auf den ersten Blick – moralisch fragwürdig zu sein. Bei genauerer Betrachtung aber zeigt sich, dass es eher der dieser Diagnose zugrundeliegende Begriff von Moral ist, der fragwürdig ist. Von der Warte eines tugendethischen Moralverständnisses aus gesehen erweist sich der Begriff der psychischen Gesundheit hier als wertvolles Korrektiv. Dies bedeutet allerdings nicht, dass der Begriff der psychischen Gesundheit den Begriff der Tugend ersetzen könnte.

Schlüsselwörter: Moral, guter Wille, Tugend, psychische Gesundheit

ABSTRACT

The contemporary stress on mental health seems – at least at first glance – to be morally dubious. Upon closer consideration, however, it is rather the concept of morality underlying this diagnosis that is dubious. From the point of view of a virtue-ethical conception of morality the concept of mental health proves to be a useful corrective in this context. This does not mean, however, that the concept of mental health could replace the concept of virtue.

Keywords: morality, good will, virtue, mental health

Anschrift des Autors: Dr. Martin WALLROTH,
Forschungsstelle für aktuelle Fragen der Ethik an der Universität Trier,
Universitätsring 15, D-54286 Trier; e-mail: wallroth@uni-trier.de

1. Einleitung

„The switch from morality to virtue [...] puts the question of freedom and responsibility on a footing that [...] diverts us from sterile debate and directs us toward a genuinely moral struggle.“

„The psychodynamic deepening [...] of virtue on the one hand, and the detechnol[og]ization of therapy on the other are the great benefits that follow from the reunion of health and virtue. Reunited, ethics and psychology would even hint at the possibility of an integrated vision of life - at something worth calling 'wisdom'.“¹

Wir können sinnvoll davon sprechen, dass ein Mensch seine Intelligenz oder seine körperliche Gesundheit zu verwerflichen Zwecken missbraucht. Wir können nicht sinnvoll davon sprechen, dass ein Mensch seine Tugend in diesem Sinne missbraucht.² – Können wir sinnvoll davon sprechen, dass ein Mensch seine psychische Gesundheit zu verwerflichen Zwecken missbraucht? Ist der Begriff der psychischen Gesundheit also in diesem wichtigen Punkt dem Begriff der Intelligenz und dem der körperlichen Gesundheit ähnlicher als dem der Tugend oder umgekehrt? In den beiden meines Wissens einzigen zur Zeit greifbaren Monographien, die sich an einer vergleichenden Analyse der Begriffe „Tugend“ und „psychische Gesundheit“ versuchen, werden beide Positionen vertreten:

Mark PESTANA votiert klar im Sinne der ersten Option.³ Seiner Auffassung nach verweisen zwar sowohl der Begriff der psychischen Gesundheit als auch der Begriff der Tugend notwendig auf zugrundeliegende psychische Funktionen bzw. Fähigkeiten (insbesondere in den Bereichen des Verstandes einerseits und der Handlungskontrolle bzw. der Willensstärke andererseits). Während aber im Falle der Tugend der rechte Gebrauch dieser Funktionen bzw. Fähigkeiten definierender Bestandteil des Begriffes ist, fordert der Begriff der psychischen Gesundheit nur die Intaktheit solcher Funktionen bzw. das Vorliegen entsprechender Fähigkeiten. Der rechte Gebrauch, ja sogar überhaupt irgendein Gebrauch dieser Funktionen

bzw. Fähigkeiten, ist kein Bestandteil des Begriffes der psychischen Gesundheit und damit kein Kriterium für deren Zuschreibung.⁴

PESTANA erreicht diese Unterscheidung zwischen Tugend und psychischer Gesundheit auf der Basis wichtiger moralphilosophischer und zugleich philosophisch-psychologischer Vorentscheidungen, die auf eine radikale Trennung dieser beiden Arbeitsfelder hinauslaufen.⁵ Er geht bei seiner Analyse des Begriffes der Tugend zunächst von einem regel- bzw. gesetzesorientierten Moralbegriff aus. Ein solcher Begriff von Moral führt aber einen höchst speziellen Begriff individueller Moralität mit sich. Diese erweist sich vor dem Hintergrund eines solchen Moralverständnisses schlicht als die Bereitschaft und Entschlossenheit, moralischen Regeln bzw. Gesetzen Folge zu leisten (Stichwort: „guter Wille“). Der Begriff der Tugend wiederum verweist im Rahmen einer solchen begrifflichen Rekonstruktion lediglich auf eine Kombination von Moralität im Sinne der genannten Bereitschaft und Entschlossenheit zur Befolgung moralischer Regeln bzw. Gesetze und dem Vorliegen intakter kognitiver und volitiver Funktionen bzw. Fähigkeiten, die die Erkenntnis und die gewollte Befolgung dieser Regeln sicherstellen helfen. Diese Kombination, die das Wesen der Tugend ausmachen soll, ist in einem wichtigen Sinne eine recht äußerliche. Sie spiegelt sich in einem entsprechend äußerlichen Verhältnis von Moralphilosophie und philosophischer Psychologie bzw. Anthropologie wider: Auf der einen Seite stehen die moralischen Regeln bzw. Gesetze. Deren Entdeckung und vor allem Begründung ist – wenn überhaupt über bloße Konventionen hinausgegangen werden soll – ein rein moralphilosophisches Unterfangen, das seine Maßstäbe unabhängig von jeder philosophischen Psychologie oder Anthropologie aus übergeordneten – sei es utilitaristischen oder in irgendeiner anderen Weise konsequentialistischen, sei es in irgendeinem Sinne deontologischen – Erwägungen bezieht. Auf der anderen Seite stehen die kogniti-

ven und volitiven Funktionen bzw. Fähigkeiten auf der Seite des Individuums, deren Analyse von moralphilosophischen Befunden weitgehend unabhängig ist. Solche Befunde kommen nur insoweit ins Spiel, als sie ein Auswahlkriterium dafür abgeben, welche Funktionen bzw. Fähigkeiten zum Gegenstand einer genaueren Untersuchung gemacht werden müssen (möglicherweise andere als im Falle der genaueren Bestimmung psychischer Gesundheit). Die Analyse selbst ist von den moralischen Inhalten weitgehend unabhängig.

Für PESTANA ergibt sich auf diesem Wege zwangsläufig eine höchst bedeutsame Unterscheidung zwischen Tugend und psychischer Gesundheit: Während die Tugend definitionsgemäß die Ausbildung und eben auch den Einsatz bestimmter kognitiver und volitiver Funktionen bzw. Fähigkeiten an eine immer wieder neu und radikal frei zu treffende Entscheidung zugunsten der Befolgung der Regeln bzw. Gesetze bindet, die das moralisch Richtige bzw. Gute ausmachen, trifft der Begriff der psychischen Gesundheit keine Vorentscheidung in eine solche Richtung. In folgerichtiger Weise kommt PESTANA dann auch zu einer eindeutig negativen Bewertung der ohne Zweifel bestehenden gesellschaftlichen Tendenz, den traditionellen Tugenddiskurs durch einen Diskurs mit Begriffen psychischer Gesundheit zu ersetzen, da dieser ja nach PESTANA weder zur Frage nach dem moralisch Richtigen bzw. Guten noch zum geforderten freien Einsatz kognitiver und volitiver Funktionen bzw. Fähigkeiten im Dienste des moralisch Richtigen bzw. Guten etwas zu sagen hat. PESTANA sieht in dieser Entwicklung gefährliche Tendenzen in Richtung einer moralisch problematischen „Wertfreiheit“, einer Verstärkung der Versuchung zur moralischen (Selbst-) Exkulpation und letztlich einer zunehmenden Bereitschaft zur moralischen Entmündigung des Individuums am Werk.⁶

Nun ist kaum zu bezweifeln, dass der Begriff der psychischen Gesundheit zumindest in sei-

ner popularisierten Form durchaus häufig die von PESTANA hervorgehobenen Züge aufweist. Auch die Begriffe der Moral und der Tugend werden im Alltag sicherlich häufig in der von ihm rekonstruierten äußerlichen Weise verstanden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob diese drei Begriffe sich nicht auch auf eine Weise analysieren und aufeinander beziehen lassen, die eine produktivere Aneignung des Begriffs der psychischen Gesundheit und der hinter ihm stehenden Entwicklungen der Psychologie seitens der Moralphilosophie und insbesondere seitens der Tugendethik ermöglicht, die anstelle einer kompromisslosen Konfrontation der Disziplinen eine fruchtbare Zusammenarbeit in Gang bringt.

Ich komme damit zur zweiten der oben angekündigten Optionen: Neal O. WEINER kommt in seiner vergleichenden Analyse der Begriffe „Tugend“ und „psychische Gesundheit“ zu Ergebnissen, die denen von PESTANA diametral entgegengesetzt sind.⁷ Nach seiner Auffassung ist der Begriff der psychischen Gesundheit keineswegs moralisch unverbindlich. Seine verstärkte Verwendung befördert keineswegs zwingend eine moralisch problematische „Wertfreiheit“ und legt keineswegs zwingend eine moralische (Selbst-) Exkulpation nahe, die auf eine moralische Entmündigung des Individuums hinausläuft. Im Gegenteil: Nach WEINER ermöglicht uns eine in Begriffen psychischer Gesundheit durchgeführte psychologische Forschung und eine auf ihrer Basis ausgeübte psychologisch-therapeutische bzw. psychoanalytische Praxis ein vertieftes Verständnis menschlicher Tugend im allgemeinen und im besonderen sowohl einen Ansporn als auch Hinweise auf wirklich gangbare Wege für eine erfolgreiche Übernahme der im Begriff der Tugend realistisch implizierten persönlichen moralischen Verantwortung.⁸

WEINER kommt zu diesem Ergebnis auf dem Wege einer durchaus im philosophischen Trend der Zeit liegenden Wiedererschließung eines Moral- und Tugendverständnisses, das

sich von PESTANAS philosophischen Vorgaben in fundamentaler Weise unterscheidet. Er spricht in diesem Zusammenhang von „[a] *transformational* [...] *vision of ethics* [that] is something very different from the justification of the rules of correct behavior that we now think of as moral philosophy“.⁹ Nach dieser Auffassung, die man als philosophisch-psychologische oder philosophisch-anthropologische Tugendethik bezeichnen könnte, muss die Frage nach der Ausbildung der richtigen inneren Verfasstheit der Person deshalb ins Zentrum aller ethischen Überlegungen (zurück-) gestellt werden, weil die aus ihr resultierenden Lebensäußerungen die eigentlich entscheidende Vermittlungsgröße zwischen moralischen Fragen und Fragen des guten menschlichen Lebens darstellen. Das moralphilosophische Setzen auf in Verhaltensregeln oder Gesetzen entäußerte und losgelöst von lebendiger individueller Tugendpraxis zu begründende „Moral“ hat in den Augen einer solchen Tugendethik in eine philosophische (und auch lebenspraktische und gesellschaftliche) Sackgasse geführt.

Der entscheidende, über die allgemeine Wiederbelebung tugendethischer Sichtweisen in unserer Zeit hinausgehende philosophische Beitrag WEINERS besteht nun darin, dass er auf zweierlei aufmerksam macht: Einerseits zeigen seine Ausführungen auf, dass ein „radikales“ Tugend- und Moralverständnis im beschriebenen Sinne für seine Fundierung in der menschlichen Natur letztlich auf psychologische Überlegungen und Befunde angewiesen ist, die zumindest in der im weitesten Sinne psychoanalytischen Tradition unter dem Begriff der psychischen Gesundheit verhandelt werden. Andererseits deckt spätestens ein in diesem Sinne tugendethischer Blick auf den Begriff der psychischen Gesundheit moralische Aspekte, Potentiale und Probleme auf, die diesem Begriff - gegeben die menschliche Natur - von vornherein innewohnen und entsprechend berücksichtigt werden müssen.

Es deutet sich hier also tatsächlich die Notwendigkeit und Möglichkeit einer für das Verständnis gelingenden menschlichen Lebens fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Ethik und Psychologie an. Im Dienste einer solchen Perspektive möchte ich im folgenden in der an dieser Stelle gebotenen Knappheit einige weiterführende Überlegungen anstellen.

2. Von der Gesetzesmoral zur Tugend

Zunächst einige vertiefende Worte zur philosophisch-psychologischen bzw. philosophisch-anthropologischen Tugendethik und ihrem Moralverständnis, das für die moralphilosophische Aufschließung des Begriffes der psychischen Gesundheit fruchtbar und seiner wiederum auch bedürftig zu sein scheint¹⁰: In welchem Sinne bilden die aus einer richtigen inneren Verfasstheit resultierenden Lebensäußerungen die eigentlich entscheidende Vermittlungsgröße zwischen moralischen Fragen und Fragen des guten Lebens? Und inwieweit ist eine Fokussierung auf in Verhaltensregeln oder Gesetzen entäußerte und losgelöst von lebendiger individueller Tugendpraxis zu begründende „Moral“ problematisch?

Zunächst zur zweiten Frage: Eine reine Gesetzesmoral setzt die Person in ein prinzipiell äußerliches und entfremdetes Verhältnis zu ihren eigenen Handlungen und sonstigen Lebensäußerungen. Sie verlangt von ihr, dass sie sich einer fremden oder auch „eigenen“ Gesetzgebung unterwirft, in deren Dienst sie sich selbst als strenger Hüter der moralischen Gesetze entgegentritt und kontrolliert. Auch zum guten menschlichen Leben gerät die Person auf diese Weise - jedenfalls was ihren Beitrag zur moralisch gebotenen Praxis betrifft - in ein äußerliches und entfremdetes Verhältnis: Nur als anonymer Vertreter moralischer Gesetze, die z.B. auf die Herstellung bestimmter Weltzustände (Konsequentialismus) oder die Fingierung oder Schaffung bestimmter rechtsartiger Rahmen-

bedingungen des Zusammenlebens (Kant, Kantianismus) ausgerichtet sind, kann sie sich zur Idee eines guten menschlichen Lebens in Beziehung setzen.

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass auch die „Internalisierung“ einer reinen Gesetzesmoral nicht zu einer Aufhebung des äußerlichen Verhältnisses zwischen Moral, Person und gutem Leben führt: Die mit einer Gesetzesmoral untrennbar verbundene Notwendigkeit der Selbstbeherrschung und -kontrolle bringt im Falle der Internalisierung zwangsläufig eine innere Spaltung mit sich, die auf die Bildung einer inneren Instanz von der Art des aus der Psychoanalyse bekannten Über-Ichs hinausläuft.¹¹

Wir kommen damit zur Antwort auf die erste Frage. Diese Antwort eröffnet hier nämlich eine fruchtbarere Perspektive, indem sie uns von der notwendigen inneren Gespaltenheit der gesetzeskonform handelnden Person zur Möglichkeit der Transformation der gesamten Persönlichkeit durch „erlebte“ Tugend führt: Nach der Auffassung einer konsequenten Tugendethik bilden die tugendhaft geordneten spontanen Lebensäußerungen der Person selbst den entscheidenden, weil konstitutiven Bestandteil eines guten menschlichen Lebens. Gutes menschliches Leben besteht darin, auf eine Weise zu leben, die typisch menschliche tugendhafte Verhaltensanlagen angesichts typisch menschlicher Bedürfnisse und Notwendigkeiten (entsprechend der Gunst oder Ungunst der Umstände im Einzelfall mehr oder minder erfolgreich) realisiert. Die Tugenden sind dem Menschen also insoweit natürlich, als ihre Ausbildung eine natürliche Antwort auf die Herausforderungen darstellt, mit denen sich Menschen bei der Verfolgung ihrer natürlichen Strebungen und auch bei dem Versuch, diese Strebungen in eine harmonische Ordnung zu bringen, konfrontiert sehen. In diesem Sinne können die Tugenden „erlebt“ werden, und tugendgemäßes Verhalten braucht nicht von außen oder von einem „höheren Ich“ ver-

ordnet und immer wieder kontrolliert zu werden (wichtige Einschränkungen dieser Aussage werden uns in Abschnitt 4 beschäftigen).

Als Fazit dieser Entgegensetzung ergibt sich, dass die Tugendethik uns eine Idealvorstellung innerer menschlicher Verfasstheit zu entwickeln erlaubt, die auf dem Boden einer reinen Gesetzesmoral undenkbar wäre. Ein Mensch, der dieser Idealvorstellung entspräche, wäre in all seinen Lebensäußerungen in dem Sinne durch vollständige moralische „Echtheit“ charakterisiert, dass deren tugendhafte Form ihm (im Sinne einer „zweiten Natur“) natürlich wäre und keiner willkürlichen Kontrolle bedürfte.

Das Stichwort der moralischen „Echtheit“, das sich hier bei dem Versuch aufdrängt, den in idealer Weise tugendhaften Menschen in Absetzung von den Vorgaben einer reinen Gesetzesmoral zu charakterisieren, verweist nun auf eine ganz reale Möglichkeit, die uns unmittelbar zum Begriff der psychischen Gesundheit führt: Könnte es nicht sein, dass die Ausbildung einer tugendhaften inneren Verfasstheit nicht deshalb so selten auch nur ansatzweise realisiert wird, weil es sich hier um ein allzu hohes Ideal handelt, sondern deshalb, weil eine vorherrschende reine Gesetzesmoral und eine entsprechende Erziehungspraxis diese Realisierung verhindern oder zumindest behindern?

3. Von der Tugend zur psychischen Gesundheit

Wie stellt sich eine Erziehungspraxis dar, die durch ein Moralverständnis im Sinne einer reinen Gesetzesmoral geprägt ist? – Hier eine knappe (und mit Absicht an dieser Stelle tendenziöse) Skizze: Sie gebärdet sich ihrem Anspruch nach autoritär in dem Sinne, dass sie vor allem auf Gehorsam gegenüber den moralischen Geboten wert legt. Sie stellt sich deshalb dem Zögling gegenüber tendenziell eher als Bedrohung denn als Ausdruck liebender Zu-

wendung dar. Und das bedeutet auch: Sie erweckt eher Angst als Vertrauen. Der Sinn der moralischen Gebote wird tendenziell eher vernachlässigt. Es entsteht daher leicht der (mehr oder minder berechnete) Eindruck einer Willkür, die nur die Wahl zwischen bedingungsloser Unterwerfung und Ungehorsam lässt (wie eine solche Auffassung moralischer Gebote verhindert werden kann, werden wir im nächsten Abschnitt sehen).

Diese in sich ambivalente Situation ist nun dazu angetan, eine Fehlentwicklung einzuleiten, die wir spätestens seit Sigmund Freud als „Neurose“ zu bezeichnen pflegen¹²: Die betroffene Person bildet einen inneren Zwiespalt aus, der sie von ihren eigenen Bedürfnissen abschneidet und zum Aufbau einer moralisch akzeptablen „Fassade“ verführt, die sie selbst nicht als solche durchschaut (Stichwort: Verdrängung). Diese maskenhafte und starre „Persönlichkeit“ ist (tendenziell) nicht mehr in der Lage, sich selbst zu lieben und steht aufgrund des ständigen Beschäftigtseins mit der Aufrechterhaltung der eigenen „Fassade“ auch zu ihren Mitmenschen in einem im Grunde lieblosen, für deren Sorgen und Bedürfnisse blinden Verhältnis. Gleichzeitig wird sie oft durch – mehr oder minder als „pathologisch“ auffällige – Erlebnisse und Verhaltensimpulse beunruhigt (Ängste, Zwänge, etc.), die ihr als (tendenziell) nicht nachvollziehbare „Fremdkörper“ im eigenen Seelenleben erscheinen. In einer solchen Verfassung ist sie natürlich von der moralischen „Echtheit“ (und damit auch von der Offenheit für die Schicksale anderer), die für die Tugend charakteristisch ist, weit entfernt. Sie verfehlt also die Tugend, weil sie – im Sinne einer Neurose – psychisch krank ist.¹³

Spätestens an dieser Stelle ist es angebracht, eine wichtige Differenzierung vorzunehmen, die verhindern kann, dass unsere Betrachtung des Verhältnisses von Tugend und psychischer Gesundheit durch unnötige Bedenken belastet wird: Das Bild psychischer Krankheit, das hier gezeichnet wurde, unterscheidet sich deutlich

von dem, was man üblicherweise als „Geisteskrankheit“ bezeichnet. Diese Unterscheidung, die der Unterscheidung von Neurose und Psychose entspricht, ist vor allem hinsichtlich der Frage nach moralischer Freiheit, Verantwortlichkeit und Schuld von höchster Bedeutung, wie sie sich sowohl in forensischer als auch in therapeutischer Hinsicht stellt. Im Gegensatz zur Geisteskrankheit (zumindest in ihren aktuellen „Schüben“) ist psychische Krankheit im Sinne der skizzierten neurotischen Fehlentwicklung nicht primär durch eine generell fehlende Willensbeteiligung am eigenen Erleben und Verhalten charakterisiert. Es scheint vielmehr so zu sein, dass der Wille, der durchaus im großen und ganzen die eigene Lebensführung bestimmt, „in sich selbst krank ist“¹⁴: Die Person ist mit sich selbst nicht im reinen. Sie ist in einer Weise in ihre eigene Lebensgeschichte verstrickt, die es (auch für sie selbst) sehr schwer beurteilbar macht, wie frei sie ist und wie groß ihr Anteil an Verantwortlichkeit und Schuld an ihrer Lage und an den aus ihr resultierenden Konsequenzen im einzelnen ist. Von einer generellen Exkulpation und gegebenenfalls darauf antwortenden Entmündigung (wie im Falle der Geisteskrankheit) kann also keine Rede sein, von einer generellen Vorwerfbarkeit aber auch nicht.

Die zutiefst ambivalente Situation, die durch eine solche neurotische Fehlentwicklung entstanden ist, bedarf offensichtlich dringend der Bereinigung, wenn das Ideal der tugendhaften inneren Verfasstheit bzw. moralischen „Echtheit“ in den Bereich der sinnvoll anstrebbaren Ziele kommen soll. Die Abgeschnittenheit von sich selbst und anderen, die innere Unechtheit und Selbstentfremdung müssen aufgehoben werden, Verantwortung für die eigene Lebensführung und damit auch Schuld müssen in aller Eindeutigkeit übernommen werden. Kurz: psychische Gesundheit muss herbeigeführt werden. Im extremen Fall muss eine professionelle psychotherapeutische bzw. psychoanalytische Auf- bzw. Durcharbeitung der eigenen

lebensgeschichtlichen Verstrickungen stattfinden.¹⁵

Nachdem uns unsere Überlegungen auf diese Weise mit einer gewissen Zwangsläufigkeit von der Tugend zu Fragen psychischer Gesundheit geführt haben, besteht nun wiederum Anlass, den umgekehrten Weg – von der psychischen Gesundheit zu tugendbezogenen Fragen – zu beschreiten. Und zwar insbesondere aus folgendem Grund: Es könnte der falsche Eindruck entstanden sein, dass sich die Tugend sozusagen automatisch aus der Herbeiführung (bzw. dem Vorhandensein) psychischer Gesundheit im beschriebenen Sinne ergibt. Dass dieser Eindruck in mehrfacher Hinsicht der Korrektur bedarf, soll der folgende Abschnitt zeigen.

4. Von der psychischen Gesundheit zurück zur Tugend

Ich möchte mich hier auf die Erläuterung von zwei Gesichtspunkten und auf ein Korollar zum zweiten Gesichtspunkt beschränken: Die therapeutische Ermöglichung bzw. das Vorhandensein eines echten und unentfremdeten Verhältnisses zu sich selbst, das eine echte Verantwortungsübernahme mit sich bringt – die Ermöglichung bzw. das Vorhandensein psychischer Gesundheit also –, eröffnet der Person im Grunde genommen nur erst die Möglichkeit, sich der Aufgabe der Ausbildung der Tugend zu stellen. Darüber hinaus ist zweitens zu beachten, dass die Ausbildung der Tugend nicht aus gegebenenfalls therapeutisch eingeleiteter eigener Bemühung allein gelingen kann. Die Person bedarf zur Bewältigung dieser Aufgabe der moralischen Bildung. Im Zusammenhang mit diesem Punkt ergibt sich als Korollar, dass der heute vielerorts zu beobachtende ideologisch bedingte Ausfall moralischer Bildung dazu geführt hat, dass ein tugendrelevantes psychologisches Störungsbild in den Vordergrund getreten ist, dem wir bisher keine Aufmerksamkeit geschenkt haben.

Zum ersten Punkt: Es scheint mir eine plausible Annahme zu sein, dass eine Person, die einen ungestörten Zugang zu den eigenen Bedürfnissen und Motiven hat und auch ihre Außenwelt in einer nicht durch neurotische innere Verstrickungen verzerrten Weise wahrnimmt, – gegeben allerdings gewisse Bildungsvoraussetzungen, die unter dem nächsten Punkt nachgetragen werden – gute Chancen hat, in ihrer Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des menschlichen Lebens zur Ausbildung der prinzipiell lebensdienlichen Haltungen vorzudringen, die wir traditionellerweise mit dem Begriff der Tugend bezeichnen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass die menschlichen Lebenssituationen und die aus ihnen sich ergebenden Anforderungen und Möglichkeiten in ihren Einzelheiten unendlich komplex sind. Auch der psychisch gesunden Person, die nicht durch eine tiefgehende innere Verkehrtheit grundsätzlich auf Abwege geführt zu werden droht, eröffnet sich hier neben einer großen Bandbreite möglicherweise moralisch gleichwertiger Reaktionen ein weites Feld möglicher Fehlentscheidungen, die Fehlentwicklungen in Gang setzen und Fehlhaltungen hervorbringen können. Hier ergeben sich also Anforderungen an die moralische Qualifiziertheit der Person, deren Bewältigung sich nicht im Sinne „der“ psychisch jeweils gesunden Reaktion im einzelnen vorzeichnen lässt.¹⁶

Zum zweiten Punkt: Der Begriff der moralischen Qualifiziertheit verweist uns auf die Notwendigkeit moralischer Bildung und zwingt uns zugleich zu einer differenzierteren Bewertung der Rolle moralischer Gebote. Die lebensdienliche Entfaltung der psychischen Gesundheit zur Tugend lässt sich schwerlich ohne die Unterstützung einer tradierten moralischen Kultur denken, in die der Einzelne auf dem Wege der Erziehung eingeführt wird. Moralische Erziehung aber lässt sich schwerlich ganz ohne moralische Gebote vorstellen. Es stellt sich also die Frage, wie moralische Erziehung durch Gebote ihre moralisch bildende

Wirkung entfalten kann, ohne zu den beschriebenen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit zu führen. Meine Antwort auf diese Frage muss hier natürlich ganz knapp ausfallen: Moralische Gebote müssen moralische Begriffe einführen, die die Welt- und Selbstsicht des Zöglings so verändern, dass er das mit der Zeit natürlicher Weise und von Herzen will, was die (auch im Falle der Verinnerlichung!) äußerlich gehorsame Befolgung bloßer Verhaltensregeln nur schlecht simulieren könnte.¹⁷ Eine solche erzieherische Veränderung der Persönlichkeit in Richtung Tugend ist sicherlich nur auf dem Boden eigener Vorbildlichkeit und liebevoller Zuwendung möglich, kommt aber auch nicht ganz ohne den immer prekären pädagogischen Einsatz von Sanktionen aus.¹⁸

Eine undifferenzierte Ablehnung moralischer Gebote scheint mir nun am Grunde jenes erzieherischen „Anti-Autoritarismus“ zu liegen, auf dessen Folgen ich jetzt in dem oben angekündigten Korollar zu sprechen kommen möchte. Wir haben es hier mit dem eigenartigen Fall zu tun, dass die (an sich, wie wir gesehen haben, nicht unberechtigte) Befürchtung, durch autoritäre Moralerziehung die psychische Gesundheit der Zöglinge zu gefährden, über den Weg einer weitgehenden Abstinenz in Sachen Moralerziehung (merkwürdigerweise häufig gepaart mit einer durchaus „autoritären“ Lieblosigkeit und mangelnden Vorbildlichkeit) eine andere Beeinträchtigung erst hervorgebracht hat, die man als „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ bezeichnen könnte. Es lässt sich bezweifeln, ob ein solches Störungsbild sich seinerseits sinnvoll als eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit betrachten lässt. Immerhin scheint es sich aber auch hier um Verstrickungen zu handeln, bei denen sich Fragen der Schuld und Verantwortung nur schwer beantworten lassen und psychologische Interventionen nötig sind, um eine klare und eindeutige Verantwortungsübernahme für das eigene Leben zu ermöglichen. Dieser Frage kann ich jedoch an dieser Stelle nicht weiter nachge-

hen. Ich muss mich hier darauf beschränken festzustellen, dass gerade dieses Beispiel uns nachdrücklich zeigt, dass die Förderung psychischer Gesundheit moralische Bildung zwar sinnvoll flankieren, nicht aber ersetzen kann.

5. Fazit

Aus den Überlegungen der letzten Abschnitte möchte ich nun abschließend die folgenden Konsequenzen ziehen: Bei seiner radikalen Gegenüberstellung der Begriffe „Tugend“ und „psychische Gesundheit“ übersieht PESTANA möglicherweise die moralische Pointe, die im Begriff der psychischen Gesundheit angelegt ist. Zumindest der aus der psychoanalytischen Tradition erwachsene Begriff der psychischen Gesundheit scheint bei näherer Betrachtung seinen Sinn aus einer Problemlage zu beziehen, die durch eine fehlschlagende Vermittlung von Moral gekennzeichnet ist – fehlschlagend in dem Sinne, dass die Ausbildung der Tugend prinzipiell verfehlt und statt dessen ein problematisches Surrogat erzeugt wird. Die Betonung der Wichtigkeit der therapeutischen Förderung psychischer Gesundheit ist vor diesem Hintergrund nicht als Aufruf zur Befreiung von der Moral anzusehen. Sie erweist sich vielmehr – zumindest für das tugendethisch aufgeklärte Moralverständnis – als ein Versuch, den Erwerb der Tugend in Gegenstellung zu einem moralischen Autoritarismus und einer ihm korrespondierenden moralischen Unaufrichtigkeit anderen und sich selbst gegenüber sicherzustellen. Dass die verbreitete einseitige Sorge um die psychische Gesundheit, die wohl nicht zuletzt durch eine moralphilosophisch bzw. tugendethisch noch unaufgeklärte psychoanalytische Theorie und Praxis gefördert wurde, die selbst noch ausschließlich in den Kategorien von Unterwerfung und Auflehnung dachte, zu einer Vernachlässigung wichtiger moralischer Bildungsaufgaben und damit einer erneuten Gefährdung der Ausbildung der

Tugend geführt hat, ist natürlich bedauerlich und bedarf dringend entsprechender Korrekturen. Wenn die im vorangehenden angestellten Überlegungen richtig sind, bedeutet dies aber nicht, dass wir den Begriff der psychischen Gesundheit im hier skizzierten Sinne verabschieden sollten. Es bedeutet vielmehr, dass dieser Begriff gerade deshalb dringend der tugendethischen Aufklärung bedarf, weil er in Wirklichkeit gerade aus moralischen Gründen unverzichtbar ist.

Referenzen

1. WEINER, N. O., *The harmony of the soul. Mental health and moral virtue reconsidered*, State University of New York Press, Albany (1993), S. 151 und 142.
2. Vgl. hierzu (anschließend an ARISTOTELES und Thomas von AQUIN) FOOT, P., *Tugenden und Laster*, in: FOOT, P., *Die Wirklichkeit des Guten. Moralphilosophische Aufsätze* (hrsg. v. U. WOLF und A. LEIST), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M. (1997), S. 108 - 115: S. 114ff.
3. Vgl. PESTANA, M., *Moral virtue or mental health?*, Peter Lang, New York (1998).
4. Vgl. PESTANA, *Moral virtue...*, S. 5f. und S. 91ff.
5. Vgl. insbesondere PESTANA, *Moral virtue...*, S. 15ff.
6. Vgl. speziell dazu neben PESTANA, *Moral virtue...*, S. 1ff. und S. 104ff. bereits KENNY, A., *Mental health in Plato's republic*, in: KENNY, A., *The anatomy of the soul. Historical essays in the philosophy of mind*, Basil Blackwell, Oxford (1973), S. 1 - 27: S. 23ff.
7. Vgl. WEINER, *The harmony...*, S. 141ff.
8. Vgl. speziell dazu WEINER, *The harmony...*, S. 147f.
9. Vgl. WEINER, *The harmony...*, S. 11. Die Hervorhebung stammt von mir.
10. Vgl. für das Folgende genauer MÜLLER, A. W., *Was taugt die Tugend? Elemente einer Ethik des guten Lebens* (Reihe Ethik Aktuell, Bd. 4), Kohlhammer, Stuttgart (1998), WALLROTH, M., *Moral ohne Reife? – Ein Plädoyer für ein tugendethisches Moralverständnis*, Alber, Freiburg (in Vorbereitung) und WALLROTH, Martin, *Psychologie der Tugend*, in: PRISCHNIG, Manfred (Hg.), *Postmoderne Tugenden? Ihre Verortung im kulturellen Leben der Gegenwart*, Passagen Verlag, Wien (in Vorbereitung).
11. Vgl. hierzu exemplarisch WOLLHEIM, R., *The good self and the bad self: The moral psychology of British Idealism and the English school of psychoanalysis compared*, Proceedings of the British Academy, Bd. 61 (1976): S. 373 - 398 (bes. S. 388f.) sowie WOLLHEIM, R., *The thread of life*, Harvard University Press, Cambridge (1984), Kap. VII.
12. Vgl. zum Begriff der Neurose von philosophischer Seite DILMAN, I., *Freud: Insight and change*, Basil Blackwell, Oxford (1988).
13. Dem widerspricht scheinbar die in der psychoanalytischen und psychiatrischen Literatur seit Freud immer wieder vertretene Meinung, dass auch (oder sogar gerade) Neurotiker „moralisch hochstehende Persönlichkeiten“ sein können (vgl. exemplarisch HARTMANN, H., *Psychoanalyse und moralische Werte*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M. (1992), S. 53). Eine solche Ansicht setzt allerdings genau die Gesetzesauffassung der Moral voraus, die hier in Frage gestellt wird.
14. Die Idee einer „Krankheit des Willens“ lässt sich mindestens bis zu KIERKEGAARD zurückverfolgen. Ich kann diesen Spuren hier natürlich nicht nachgehen.
15. Vgl. dazu von philosophischer Seite DILMAN, I., *Reason, passion and the will*, Philosophy, Bd. 59 (1984): S. 185 - 204 (bes. S. 195ff.). Einen von der Individualpsychologie ADLERS und den Ethiken HARTMANNs und SCHELERS ausgehenden psychoanalytischen Beitrag zu diesem Thema liefert RATTNER, J., *Tugend und Laster. Tiefenpsychologie als angewandte Ethik*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M. (1991). Weitere hier zu nennende (neo-) psychoanalytische Beiträge wären z. B. HORNEY, K., *Neurosis and human growth*, W. W. NORTON, New York (1950); FROMM, E., *Man for himself*, Routledge, London (1950); MONEY-KYRLE, R., *Psychoanalysis and ethics*, in: Klein, M., HEIMANN, P. & MONEY-KYRLE, R. (eds.), *New directions in psychoanalysis*, Tavistock, London (1955). Gegenüber allen diesen Beiträgen gelten in der ein oder anderen Form die Vorbehalte, die ich im folgenden anspreche.
16. Vgl. in diesem Zusammenhang DILMAN, *Freud...*, Kap. 11 sowie DILMAN, I., *Psychoanalysis and ethics: Some reflections on the self in its relationship to good and evil*, in: ALANEN, L., HEINÄMÄA, S. & WALLGREN, T. (eds.), *Commonality and particularity in ethics*, Macmillan, London (1997), S. 123 - 152.
17. Zum Begriffserwerb in der Moralerziehung vgl. WALLROTH, *Moral ohne Reife?*, Kap. V, Abschnitt 2.1.
18. Vgl. in diesem Zusammenhang MÜLLER, A. W., *Das Paradox der pädagogischen Strafe*, in: Kritisches Jahrbuch der Philosophie, Beiheft 1 (1998): S. 127 - 145.

„Haben wir die Pflicht, das Recht und die Freiheit, alles zu tun, was die Medizin zustande bringt?“

Überlegungen zur Ethik in der Medizin

Georg FREIHERR VON SALIS-SOGLIO

Die Mehrzahl der Ärzte ist heute übermäßig ausgelastet mit:

- einer sehr großen (zu großen?) Zahl von Patienten
- einer fast schon unüberschaubaren Fülle rein medizinischer Fragestellungen
- juristischen Aspekten (ausreichende Aufklärung, aber auch vielfach Absicherungsdenken)
- wirtschaftlichen Aspekten (in der Praxis verständliches Bemühen um Egalisierung hoher Investitionen und gleichzeitig Beachtung zunehmend strenger Verordnungsvorgaben, in der Klinik Konfrontation mit gedeckelten Budgets, Fallzahlen, Verweildauer und Fallpauschalen).

Diese Anmerkungen sollen keineswegs als Klage verstanden werden, sondern bereits auf einen wesentlichen Punkt meiner Ausführungen hindeuten, dass wir heute in aller Regel nämlich zu wenig Zeit haben (vielleicht auch uns zu wenig Zeit nehmen), uns mit grundsätzlichen Fragen zu beschäftigen, die letztlich das Ethos des ärztlichen Berufes betreffen.

Dieser Mangel an Zeit und Ruhe zum Nachdenken und zur Besinnung erscheint in unserer heutigen Epoche ohnehin eines der zentralen Probleme zu sein, von dem kein Beruf und keine gesellschaftliche Gruppe ausgespart sind.

An wen richtet sich nun eigentlich die im Thema genannte Fragestellung?

- Nur an den scheinbar im Vordergrund stehenden Arzt?
- An Verwaltungsleiter, Krankenkassen und Krankenversicherungen, die über die Finanzierbarkeit medizinischer Maßnahmen entscheidend mitzureden haben und deren Einfluss dramatisch steigt?

- An Politiker, die gesundheitspolitische Vorgaben liefern müssen?
- An die Vertreter der Kirche, die zu moralischen bzw. ethischen Aspekten Stellung nehmen sollen?
- Oder etwa auch an den Patienten, der doch schließlich im Mittelpunkt der medizinischen Bemühungen stehen sollte?

Ein wenig provozierend soll die Verwunderung darüber ausgesprochen werden, dass überhaupt die Frage gestellt wird, ob wir heute alles tun sollen, dürfen oder müssen, was die Medizin ermöglicht.

Denn letztlich ist in der Definition des Begriffes „Medizin“ die Antwort doch schon enthalten.

Die Medizin (Heilkunde) ist die Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von Ursachen, Erscheinungen, Auswirkungen der Krankheiten, ihrer Erkennung, Heilung und Verhütung.

Hieraus müsste sich doch eigentlich die Selbstverständlichkeit ableiten, dass der Arzt **alles heutzutage Mögliche** tun sollte, um **Krankheiten** zu erkennen, zu heilen und wenn möglich, zu verhindern.

Etwas schwieriger wird die Situation allerdings, wenn man hinterfragt, ob der Arzt **alles heutzutage Mögliche** tun sollte, um **uneingeschränkte Gesundheit** seiner Patienten zu erreichen bzw. zu erhalten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens, und hieraus ergäbe sich natürlich eine sehr viel weitergehende Interpretationsmöglichkeit ärztlicher Aufgaben.

Es ergeben sich aus diesen scheinbar banalen Vorbemerkungen einige **bedeutsame Fragen**, mit deren Beantwortung wir uns heute vielfach sehr schwer tun.

1. Ist der Zustand völligen Wohlergehens überhaupt erreichbar und immer mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln anzustreben? Welcher Aufwand ist vertretbar, um dies zu erreichen? Ist der Zustand völligen Wohlbefindens gleichbedeutend mit der Abwesenheit von Krankheiten?

Die üblichen Kinderkrankheiten, Husten und Schnupfen, gelegentliche Kreuzschmerzen sowie manche unkomplizierten Verletzungen im Sport werden doch heute als fast schon normal und irgendwie dazugehörend angesehen.

Hier muss man auch nicht immer das Maximum an Diagnostik und Therapie einsetzen, sondern man kann mit gutem Gewissen den spontanen Heilungsverlauf abwarten, vielleicht ein wenig unterstützen, und man kann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass letztlich ein für den Betroffenen befriedigender Zustand erreicht wird.

Doch gilt diese Überlegung auch für Alterungsvorgänge, die mit bestimmten Gebrechen oder Beschwerden einhergehen? Kann oder sollte man diese nicht gelegentlich mit etwas mehr Gelassenheit hinnehmen?

Die eingangs gestellte Frage könnte vor diesem Hintergrund lauten: muss in jeder **Lebensphase** ein Zustand völligen Wohlergehens erreicht werden bzw. angestrebt werden?

Die Weiterführung dieser Gedanken zum Nachdenken über das Sterben liegt nahe. Wann neigt sich ein Leben unwiderruflich dem Ende entgegen und wann kann, soll oder muss man alle Möglichkeiten einer Lebensverlängerung ausschöpfen? Schiebt man manchmal mit ärztlichen Maßnahmen vielleicht nur das Sterben hinaus?

So unumstritten es ist, bei jüngeren Patienten mit Aussicht auf Heilung alles heute in der Medizin Mögliche einzusetzen, so viel schwieriger wird diese Frage beim alten Menschen und bei Patienten mit bösartigen Tumorerkrankungen und begrenzter Lebenserwartung.

Übersehen wir möglicherweise nicht gelegentlich, dass es manchmal viel menschenwürdiger wäre, das Sterben zu erleichtern, als es um jeden Preis hinauszuzögern?

Wir würden doch niemals ernsthaft in Frage stellen, dass die Entstehung des Lebens und die Geburt etwas ganz Natürliches und Wunderbares und zum Leben Dazugehörendes sind. Sollten wir nicht auch das Ende eines Lebens – bei allem Schmerz – als etwas Natürliches akzeptieren, das ja ohnehin nicht verhindert werden kann?

2. Viele Fragen ergeben sich aus der Rolle des Arztes als **Wissenschaftler und Forscher**.

Sinn und Notwendigkeit ärztlicher Forschung können sicherlich nicht in Frage gestellt werden, wobei auch zugestanden werden muss, dass bestimmte neue Behandlungsverfahren nicht immer nur im Labor erprobt werden können. Es ist weiterhin zu bedenken, dass manche Forschungsansätze erst nach einigen Irrwegen zu einem für zukünftige Patienten beglückenden Ergebnis führen.

Auf der anderen Seite können neue wissenschaftliche Erkenntnisse bei missbräuchlicher Anwendung verheerende Folgen nach sich ziehen. Die Gentechnologie stellt zweifellos ein aktuelles Beispiel dafür dar, wie nahe segensreiche Ansätze und verantwortungsloser Missbrauch beieinander liegen können.

Da wir wahrscheinlich immer mit dem menschlichen Drang, alles Machbare auch zu tun, konfrontiert sein werden, ist die Empfehlung, bei sich anbahnenden ungünstigen Entwicklungen rechtzeitig umzukehren, sicherlich nicht ganz einfach durchzusetzen.

Zumindest sollte man aber in derartigen Situationen nicht schweigen und ggf. auf Gefahren bzw. ungünstige Entwicklungen hinweisen.

3. Wer soll bei den heutzutage in allen Ländern stark begrenzten finanziellen Möglichkeiten darüber entscheiden, wann, wo und vor allem bei wem gespart wird?

Mit dieser ganz aktuellen Problematik sind wir Ärzte heute nahezu tagtäglich konfron-

tiert. Auch wenn diese Frage hier natürlich nicht weiter diskutiert werden kann, so soll doch etwas später ein etwas provozierender Lösungsvorschlag unterbreitet werden.

Nach diesen mehr grundsätzlichen Fragen sollen Überlegungen zur Ethik in der Medizin im Folgenden einige konkrete Beispiele für Bereiche unseres ärztlichen Handelns genannt werden, in denen teilweise äußerst kontroverse Auffassungen und Verhaltensweisen existieren.

A. Rein medizinisch-fachliche Fragen

- Fragen zur Entstehung und zur Frühphase menschlichen Lebens (Befruchtungsmodalitäten, Abtreibung, Leihmütter, Klonen etc.)
- Intensivmedizin (bemerkenswerterweise wird hier Kritik meist von Außenstehenden und nicht vom direkt betroffenen Patienten und vom Behandlungsteam geäußert)
- Multiorgantransplantation (u.a. Spenderproblematik)
- Multigelenkersatz
- Problematik aufwendiger Operationen bei unheilbar Tumorkranken
- Gentechnologie (s.o.).

Die angesprochenen Bereiche sind ohne Zweifel spektakulär und erfreuen sich daher einer intensiven Beschäftigung durch unsere vielfältigen Medien. Viel häufiger sind wir jedoch mit ganz banalen Situationen konfrontiert, in denen äußerst unterschiedliche Verhaltensweisen realisiert werden können.

Beispielhaft seien noch einmal die oben schon angesprochenen geringfügigen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen genannt, denen man mit einigen guten Ratschlägen und Anleitungen zur Selbsthilfe genauso erfolgreich begegnen könnte wie mit dem gesamten Spektrum teurer Behandlungsmethoden.

B. Medizinisch-juristische Aspekte

An dieser Stelle soll keineswegs über die notwendige Aufklärung der Patienten gesprochen

werden und auch nicht über die Verpflichtung der Ärzte, entsprechend den neuesten und gesicherten Erkenntnissen zu behandeln (Stichwort „evidence-based-medicine“).

Die Problematik besteht vielmehr darin, dass aus Angst vor Haftungs- bzw. Regressansprüchen heute vielfach ein Übermaß an Diagnostik und Therapie eingesetzt wird, wobei die Relation zu der zugrunde liegenden oder vermuteten Gesundheitsstörung gar nicht mehr gewahrt bleibt.

C. Wirtschaftliche Aspekte

Hier soll nicht die oben schon genannte Frage erörtert werden, was heute in der Medizin finanzierbar ist. Vielmehr geht es um die eigentlich unfassbare Realität, dass die Gestaltung von Diagnostik und Therapie – keineswegs nur in Ausnahmefällen – davon abhängig gemacht wird, welcher wirtschaftliche Gewinn daraus erwächst. Vor diesem Hintergrund werden tagtäglich überflüssige diagnostische und überzogene therapeutische Maßnahmen ergriffen, wobei Praxis und Klinik gleichermaßen betroffen sind. Auf die verhängnisvolle Einflussnahme der Industrie kann nur hingewiesen werden.

Indem zur oben aufgeworfenen Frage nach der Finanzierbarkeit unserer Medizin zurückgekehrt wird, soll die Behauptung in den Raum gestellt werden, dass unser Gesundheitssystem weitestgehend saniert wäre, wenn wir im Gesamtbereich unserer Medizin auf unnötige und unangemessene Maßnahmen verzichten würden.

Bei der Suche nach den Gründen für die angesprochenen Probleme ergeben sich zwangsläufig auch Lösungsvorschläge.

1. Reform unseres Gesundheitssystems.

Bei den vielfältigen Bemühungen zur Konsolidierung unseres Gesundheitssystems stehen nahezu ausschließlich ökonomische Erwägungen im Vordergrund, was einer Behandlung von Symptomen und nicht von Ursachen entspricht.

Eine grundlegende Neubesinnung ist erforderlich, die eben nicht mit wirtschaftlichen Ansätzen, sondern vielmehr mit Überlegungen zur Ethik in der Medizin beginnen sollte.

Man soll nicht vor der vielleicht provozierenden oder gar weltfremd erscheinenden Forderung zurückscheuen, dass unser ärztliches Handeln von individuellen wirtschaftlichen Überlegungen völlig frei sein sollte. Die vor diesem Hintergrund angedachte Pauschalvergütung leitender Ärzte ist ein Schritt in die richtige Richtung.

2. Verbesserung der Ausbildung bzw. Unterweisung in medizinischer Ethik, Gesundheitsökonomie und Medizinrecht.

Während noch vor wenigen Jahren überhaupt keine Vorlesungen oder Kurse in diesen Bereichen angeboten wurden, finden sich heute zumindest erste zarte Ansätze in Form – leider meist nur freiwilliger – Zusatzveranstaltungen in diesen Disziplinen. Medizinische Ethik, Gesundheitsökonomie und Medizinrecht müssen ohne Zweifel baldmöglichst gleichberechtigte Hauptfächer in der ärztlichen Ausbildung werden.

3. Nun soll ein Aspekt angesprochen werden, der überraschen mag, der vielen naiv erscheinen mag, der aber am wichtigsten erscheint, und der den großen Vorteil hat, dass er sofort für den Einzelnen realisierbar ist: Ruhe und Zeit zum Nachdenken.

Wir brauchen Ruhe und Zeit, um uns über die grundsätzliche Motivation unserer ärztlichen Tätigkeit im klaren zu sein. Viele von uns werden sich nach jahrelanger ärztlicher Tätigkeit überhaupt erstmalig mit dieser Frage beschäftigen. Um die oben angedeuteten Grenzfragen bei einzelnen Patienten beantworten zu können, ist sicherlich vielfach mehr Zeit als fachliches Wissen gefragt.

Die enge und vertrauensvolle Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen erleichtert nicht nur schwierige Entscheidungen, sondern führt erfahrungsgemäß auch dazu, dass selbst langwierige Behandlungsverläufe und sogar ungünstige Ergebnisse akzeptiert und bewältigt werden.

Mit anderen Worten, wir sollten vielleicht mehr Zeit für das Warum als für das Wie unseres ärztlichen Handelns aufwenden!

4. In der Umsetzung der eigenen Überzeugungen konsequent sein.

Wir müssen gerade in der heutigen Zeit verstärkt den Mut aufbringen, auch einmal oder gegebenenfalls sogar mehrmals gegen den Strom zu schwimmen. Und es gibt viel mehr Gleichgesinnte als man denkt, die froh wären, wenn sie sich auf einfache, ehrliche und natürliche Verhaltensweisen besinnen könnten, und die vielleicht nur auf einen kleinen Anstoß von außen warten.

Konsequenz und Standfestigkeit im eigenen (nur scheinbar kleinen) Umfeld mag weniger spektakulär sein, ist aber auf Dauer viel wirksamer als von außen diktierte und vorgegebene Verhaltensweisen. Auch wenn die im Thema aufgeworfenen Fragestellungen im Rahmen der Ausführungen eigentlich nur weiter aufgeschlüsselt wurden, sollen doch abschließend aus persönlicher Sicht zwei Antworten gegeben werden:

- a. Unter der Voraussetzung, dass die allgemeinen gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen beachtet werden, haben wir natürlich grundsätzlich das **Recht** und gleichzeitig die **Freiheit**, für den Patienten alles in der Medizin Mögliche zu tun, wobei im Zweifelsfall das Wohlergehen des einzelnen Patienten Vorrang vor jeglichen wirtschaftlichen Überlegungen haben sollte.
- b. Solange aber die Medizin (im weitesten Sinne) Handlungen ermöglicht, die entweder moralisch verwerflich oder zumindest sehr umstritten sind, haben wir vor allem die **Pflicht**, jede einzelne Entscheidung kritisch zu überdenken, und dabei gleichzeitig den Mut und die Konsequenz aufzubringen, uns einem vielleicht übermächtig erscheinendem Zeitgeist zu widersetzen.

*Prof. Dr. Georg FREIHERR VON SALIS-SOGLIO
Philipp-Rosenthal-Straße 53
D - 04103 Leipzig*

Bewertung der Multicenterstudie:

„Amiodaron to prevent recurrence of atrial fibrillation.“
(New England Journal of Medicine 2000; 342: 913-920)

Fragestellung:

Die Wiederherstellung von Sinusrhythmus ist ein erwünschtes Ziel bei Patienten mit Vorhofflimmern (VhFl), weil unter VhFl die Schlaganfallrate um das 5-fache erhöht und die Mortalität doppelt so hoch ist. Außerdem kann Vorhofflimmern zu Symptomen wie unangenehmen Palpitationen, Belastungsintoleranz bis zum Herzversagen führen.

Untersucht wurde die Frage, ob Amiodaron in einer relativ niedrigen Dosierung von 200mg pro Tag das Wiederauftreten von Vorhofflimmern effektiver verhindern kann als Sotalol oder Propafenon. Bisher wurde Amiodaron wegen seiner hohen insbesondere nicht kardialen Nebenwirkungsrate als primäres Antiarhythmikum bei VhFl nicht empfohlen.

Methodik:

Es wurde eine randomisierte offene (nicht verblindet) Studie an 403 Patienten über 16 Monate durchgeführt, die mindestens eine Episode von VhFl innerhalb der letzten 6 Monate hatten. Untersucht wurden 201 Patienten in der Amiodaron-Gruppe und 202 entweder in der Sotalol- (101 Pat.) oder Propafenon-Gruppe (101 Pat.).

Ergebnisse:

Nach einer im Durchschnitt 16 Monate langen Beobachtungszeit hatten 35% der Patienten

in der Amiodaron-Gruppe und 63% in der Sotalol- oder Propafenon-Gruppe einen ersten Rückfall mit VhFl ($p < 0,001$).

Nebenwirkungen, die zu einem Abbruch der Behandlung führten, traten in der Amiodaron-Gruppe in 18% der Fälle auf, in der Kontrollgruppe nur in 11% der Fälle ($p = 0,06$). Über das Auftreten von Nebenwirkungen, die nicht zum Abbruch der Behandlung führten, wird keine Auskunft in der Studie gegeben.

Die Mortalität war mit 4% in beiden Gruppen gleich.

Konklusion:

Als Konklusion wird von den Autoren Amiodaron entgegen der bisherigen Empfehlung als Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit recidivierendem VhFl empfohlen.

S.O.M. - Analyse

Stufe I: Wirkung und Wirksamkeit (qualitativer Nutzen)

Wirkung (Effektivität)

Auf Grund der Ergebnisse der Studie kann es als relativ sicher gelten, dass Amiodaron bei recidivierendem VhFl effektiver ist als Sotalol oder Propafenon. Diese Effektivität bezieht sich allerdings nur auf den Surrogatparameter VhFl. Weiters muss einschränkend bemerkt werden, dass es sich bei der Studie um eine offe-

ne, also nicht verblindete und auch nicht um eine Placebo kontrollierte Studie handelt.

Wirksamkeit (Zielgerichtetheit)

Im Bezug auf die Zielparame-ter Lebensverlängerung (LV) können aus den vorgelegten Ergebnissen keine Rückschlüsse gezogen werden, da diesbezüglich keine ausreichenden Daten vorliegen. Die Langzeitbehandlung von VhFl mit Antiarrhythmika (insbesondere der Klasse I) wurde in letzter Zeit überhaupt in Frage gestellt, weil retrospektive Analysen ergeben haben, dass diese Substanzen die Mortalität sogar erhöhen können. Da in der vorliegenden Studie keine Placebo-Gruppe mitgeführt wurde und die Mortalität für Amiodaron gleich hoch war wie für Propafenon (Klasse 1c), können diese Bedenken für die untersuchten Präparate (inkl. Amiodaron) nicht ausgeräumt werden.

Im Bezug auf den Zielparame-ter Lebensqualität (LQ) wurden in der Studie keine Angaben gemacht.

Stufe II: Quantitativer Nutzen (Relevanz)

Unter Amiodaron kommt es nicht zu einer vollständigen Unterdrückung (= Heilung) des Surrogatparameters VhFl sondern nur zu einer kontinuierlichen wenn auch erheblichen Verschiebung des Zeitpunktes, bis neuerlich VhFl auftritt. Mit Hilfe der S.O.M.- Analyse kann errechnet werden, dass ein Wiederauftreten von VhFl unter Amiodaron rechnerisch um 559 Tage bzw. 1,8 Jahre länger hinausgeschoben werden kann als mit Sotalol oder Propafenon (Wiederauftreten von VhFl im Mittel nach 98 Tagen). Dies kann als effektiver Vorteil bezeichnet werden. Da jedoch durch diesen Effekt keine Lebensverlängerung und keine Verbesserung der Lebensqualität erreicht wurde, ja dass sogar theoretisch eine Verschlechterung möglich ist, kann über die Relevanz dieser Befunde nichts Endgültiges ausgesagt werden. Die Autoren räumen selbst ein, dass zur Frage der Mortalität weitere Studien notwendig sind.

Auch über die Nebenwirkungen unter Amiodaron gibt es in der vorliegenden Studie keine ausreichenden Daten. Auffällig ist freilich, dass die Abbruchrate mit 18% unter Amiodaron deutlich höher liegt, als unter Sotalol oder Propafenon (11%).

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass Amiodaron in Bezug auf den Surrogatparameter VhFl im Vergleich mit Sotalol oder Propafenon deutlich effektiver ist, wenn gleich das Wiederauftreten von VhFl unter Amiodaron nicht vollständig unterdrückt werden kann. Es gibt aber in der Studie keinen Hinweis dafür, dass mit diesem Effekt auch eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität verbunden ist. Hingegen sind die Abbruchraten wegen der Nebenwirkungen unter Amiodaron erheblich. Dies ist umso bemerkenswerter als es sich um eine offene Studie handelt, bei der anzunehmen ist, dass auf Grund des erhofften positiven Effektes gerade die Nebenwirkungen unterbewertet wurden. So ergab z.B. ein systematischer Vergleich von 145 kontrollierten Studien, dass eine signifikante Überlegenheit der Therapie gegenüber der Kontroll-Gruppe in 8,8% der Studien gefunden wurde, wenn die Randomisation verblindet war. Bei Nichtverblindung waren hingegen in 24% (!) signifikante Unterschiede nachzuweisen! ¹

Die Ergebnisse der Studie können daher bestenfalls als mäßig relevant bezeichnet werden.

Stufe III: Verhältnismäßigkeit

Festzuhalten ist nochmals, dass auf Grund der vorgelegten Studie nicht entschieden werden kann, ob ein Patient durch die primäre Gabe von Amiodaron in Bezug auf Lebensverlängerung oder Lebensqualität einen Vorteil hat und zwar weder im Vergleich zu Sotalol oder Propafenon, noch im Hinblick auf einen völligen Behandlungsverzicht. Es kann lediglich ein neuerliches VhFl (im EKG registriert) zeitlich hinausgeschoben werden. Für diesen

Vorteil muss der Patient bei der Einnahme von Amiodaron in einem hohen Prozentsatz erhebliche extrakardiale Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Amiodaron gehört zu denjenigen Medikamenten mit ausgesprochen hoher Nebenwirkungsrate (= dosisabhängig bis zu 75%), deren Abklingen viele Monate in Anspruch nehmen kann.^{2,3} Es kommt zu Ablagerungen in der Hornhaut, in den Alveolarmakrophagen (Lungenfibrose!) und Nervenzellen (Neuropathien). An der Haut tritt Photosensibilisierung auf. Weiters interferiert Amiodaron mit der Schilddrüsenfunktion, es kann zu Hyper-, aber auch Hypothyreosen kommen. Weiters können Leberschädigungen bis hin zu Hepatitis, Leberzirrhose und Leberversagen auftreten. Auch gastrointestinale Beschwerden treten auf. Wegen dieser unerwünschten Wirkungen sind laufende ophtalmologische Kontrollen mit der Spaltlampe, Kontrollen der Leberfunktion, Schilddrüsenfunktion, Lungenröntgen, usw. unumgänglich, was auf jeden Fall (abgesehen vom ökonomischen Aspekt) zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität des Patienten beiträgt.

Aus der Perspektive einer Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) erscheint es daher nicht ge-

rechtfertigt (unverhältnismäßig) auf Grund der vorgelegten Daten Amiodaron als Mittel der ersten Wahl bei VhFl zu empfehlen. Viel mehr dürfte es nach wie vor kein Fehler sein, symptomatische Patienten, bei denen eine antiarrhythmische Therapie indiziert ist, primär mit Sotalol oder Propafenon zu behandeln, da deren extrakardialen Nebenwirkungen mit 15% erheblich geringer sind als mit Amiodaron (75%)⁴. Erst beim Versagen der anderen Antiarrhythmika erscheint es sinnvoll, eine Behandlung mit Amiodaron zu versuchen.

Referenzen

1. CHALMERS T., CELANO P., SACKS H.S., SMITH H., *Bias in treatment assignment in controlled clinical trials*, New England Journal of Medicine 1983; 309: 1358-1361
2. WEINBERG B.A., MILES W.M., KLEIN L.S. et al., *Five-year follow-up of 589 patients treated with amiodarone*, Am. Heart J. 125: 109, 1993.
3. *Amiodarone Trials Meta-analysis Investigators. Effect of prophylactic amiodarone on mortality after acute myocardial infarction and in congestive heart failure: meta-analysis of individual data from 6500 patients in randomised trials*, Lancet 1997; 350: 1417-1424
4. BRAUNWALD (Hrsg.), *Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine*, W.B. Saunders-Company 610 (1997)

NACHRICHTEN

Arzt-Patient Beziehung: Verschweigen von Alternativbehandlungen

Eine 5-Jahresstudie der Universität von Californien zeigt auf, dass nur ein Drittel der Brustkrebspatientinnen ihren Ärzten Alternativmedikationen (chinesische Behandlung, Akkupunktur, Kräuter, Meditation oder Zusatznahrung) mitteilen, hingegen alle Behandlungen der Schulmedizin mit den Alternativmedizinern besprechen. Dr. Shelley ADLER: „Einige Alternativmittel sind hilfreich, andere schädlich, wieder andere beeinflussen sich untereinander mit pharmakologischen Therapien. Alle Informationen sind wichtig.“

Die drei wesentlichen Gründe für die mangelnde Information der Ärzte sind: Eindruck von Desinteresse, Befürchtung negativer Antworten, Annahme, dass der Arzt zu wenig ausgebildet ist.

Die Studie fand auch, dass die Nutzung von Alternativmedizin wesentlich häufiger ist, als in der Literatur angegeben: fast 70% der untersuchten Patientinnen versuchten auch Alternativmethoden. Frauen zwischen 35 und 49 Jahren tun dies häufiger als solche im Alter von 60 bis 74 Jahren.

University of California, San Francisco, 27. Jänner 2000

Psychologie: Kinder reagieren sensibler auf Gesichtsausdruck

Klinisch depressive Menschen sehen alles durch die Brille ihrer inneren Traurigkeit. Depressive Jugendliche und Erwachsene interpretieren fröhliche Gesichter als neutral, neutrale als traurig – ein

Phänomen von negativer Befangtheit.

Ganz anders – so fanden Untersuchungen auf der Washington University in St. LOUIS heraus – reagieren Kinder mit depressiven Symptomen. Sie erkennen im Gesichtsausdruck (besser als nicht-depressive Kinder) Emotionen wie Fröhlichkeit, Traurigkeit, Angst, Überraschung, Abscheu und Schamgefühl. 11 von 20 Testkindern im Alter zwischen 4 und 5 ½ Jahren hatten depressive Anzeichen. Die „Depressiven“ wären speziell besser im Erkennen von Traurigkeit, Scham und Angst; keine Unterschiede zu normalen „Kontrollkindern“ fanden sich im Erkennen von positiven Emotionen wie Glücksgefühl und Überraschung.

Anders als Jugendliche und Erwachsene zeigten „depressive“ Kinder (bei Kindern kann man nur von Symptomen sprechen) keinerlei negative Befangtheit. Ob diese Unterschiede auf echte klinische Depression schließen lässt, ist noch unbekannt. Entscheidend dürfte sein, wie lange solche Symptome anhalten. Bei Erwachsenen müssen sie gut zwei Wochen anhalten, um als Depression erkannt zu werden. Kinder sind jedoch keine „Mini-Erwachsenen“. Daher müssen Kindheitssymptome als Äquivalente zu Erwachsenensymptomen gefunden werden. LUBY, MRAKOTSKY und Kollegen untersuchen auch genetische Familiengeschichten, biologische Daten und andere Hinweise: „Wir hoffen auf Symptome zu stoßen, die als Schlüssel zur Diagnose dienen können.“

Washington University in St. Louis, 19. Jänner 2000

Mediziner-Kongress: „Der Fötus als Patient“

Vor den Teilnehmern des Mediziner-Kongresses „Der Fötus als Patient“ am 3. April 2000 begrüßte Papst JOHANNES PAUL II neue Therapien zur Diagnostik im Mutterleib und zur pränatalen Heilung von Krankheiten, wenn sie dem Leben dienen. Leider kommt es vor, dass sich Techniken als „neue Attacken auf das Leben“ erweisen. Das Leben eines Embryos müsse im Mutterleib geschützt und verteidigt werden, weil es seine eigene Würde habe und zwar ab dem Moment der Empfängnis. Von diesem Augenblick an müssten seine Rechte als Person, besonders das unverletzliche Recht auf Leben, anerkannt werden, betonte der Papst in seiner Rede. Gleichzeitig verurteilte er die Methoden der künstlichen Befruchtung, besonders wegen der Vernichtung unzähliger Embryonen. Papst JOHANNES PAUL II fügte jedoch hinzu, komme es zu einer Befruchtung, so müsse das gezeugte Kind in seiner geschöpflichen Würde respektiert werden.

Kathpress, 5.4.2000

Gentherapie: Versuche abgebrochen

Im vergangenen Herbst verstarb ein 18 Jahre alter Mann aus Arizona an einem Gentherapie-Versuch der Universität in Pennsylvania. Nach einer Untersuchung der FDA wurden dieser, sowie weitere sieben Gentherapieversuche verboten. Man hatte Sicherheitsdaten nicht erhoben oder unterschlagen, Protokolle verfälscht und wichtige Daten zur Risikoeinschätzung

nicht einbezogen. Die FDA Beamten gaben WILSON 15 Tage Zeit, um der Agentur mitzuteilen, welche Schritte das Institut plant, um diese Probleme in Ordnung zu bringen. In der Zwischenzeit werden die Versuche des Institutes ruhen.

The Lancet, Vol 355, 18. März 2000

Bevölkerung: Epidemie der Fettleibigkeit

Eine Studie in den Niederlanden kommt (ähnlich wie in England) zum Resultat, dass sich die Zahl fettleibiger Kinder in den letzten Jahren verdoppelt hat. 1996 - 1997 wurden 14.500 Kinder im Alter von einem Monat bis 21 Jahre, repräsentativ für ganz Holland, gewogen und vermessen und die Daten mit jenen von 1980 verglichen. Ab einem Alter von 3 Jahren war ein Kind unter 5 fettleibig. Ein Phänomen genannt „Fettabbau“, bei Kindern lässt die Fettleibigkeit des Erwachsenen vorhersagen. Je früher dieser Fettabbau eintritt, desto größer ist das Risiko der Fettleibigkeit als Erwachsener. Großstadtkinder mit wenig gebildeten Eltern tragen das größte Risiko.

Die Kinder sind zwar jetzt größer und reifen früher, sind aber dicker im Verhältnis Gewicht zu Größe als 1980. Kaum Unterschiede gab es zwischen 1965 und 1980; deshalb ist diese sprunghafte Veränderung keine Folge von genetischen Faktoren, sondern vom nicht Frühstück, von zuviel „Snacks“ und Nahrungsmitteln mit verstecktem Fettgehalt.

British Medical Jour., 24. Jänner 2000

Lifestyle: Ernährung und Bewegung Faktoren der Krebsbekämpfung

In Amerika waren gesunde Ernährung und Bewegungstherapie genauso wirksam gegen verschiede-

ne Krebsarten wie Nicht-Rauchen, stellt die „Food and Nutrition Science Alliance“ (FANSA) fest. Von 50.000 Krebstodesfällen in den USA gehen etwa 1/3 auf das Konto von Rauchen, 1/3 auf schlechte Ernährung und Bewegungsmangel sowie 1/3 auf genetische oder andere Faktoren zurück.

In einer Aussendung „Ernährung und Krebsbekämpfung in den USA“ drängen FANSA die Amerikaner zu folgenden Maßnahmen:

- Viel Obst, Gemüse, Kornprodukte und Hülsenfrüchte essen;
- Hohe Kalorienwerte bei niedrigen Nahrungswerten vermeiden;
- Moderate bis kräftige Bewegung;
- Maßvollen oder keinen Alkoholkonsum.

Inst. of Food technologists, 24. Februar 2000

Herzkrankungen: Montag höchste Sterblichkeit

Zu diesem Ergebnis kommen Forscher in Edinburgh und Glasgow und begründen es mit vermehrtem Alkoholkonsum an den Wochenenden. Dr. Christine EVANS, National Health Service in Schottland und die Universität von Glasgow untersuchten Todesfälle aufgrund von Herzkrankheiten zwischen 1986 bis 1995 in Schottland (91.193 Männer und 79.051 Frauen).

Vorwiegend Männer wie Frauen starben an Montagen, vornehmlich jene, die in keiner Spitalsbehandlung standen. Die Mehrzahl war weniger als 50 Jahren alt. Die Montag - Todesrate war etwa 20% höher als an den anderen Wochentagen. Dienstage hatten die niedrigste Rate. Vermehrtes Trinken an Wochenenden, aber auch arbeitsbedingter Stress könnten zumindest Teilgründe darstellen. Sie verdienen weitergehende Untersuchungen.

British Medical Jour., 20. Jänner 2000

Gesundheitspolitik: Island verkauft alle Krankengeschichten seiner Bürger

Ein Unternehmen mit nordamerikanischen Kapital hat von der Isländischen Regierung die Genehmigung erhalten, eine Datenbank mit allen Krankengeschichten der 270.000 Einwohner dieses Staates zu gründen. Mit diesem fragwürdigen Erwerb wird das Unternehmen das Erbgut der Isländer untersuchen, um nach Genen zu forschen, die für das Auslösen ganz gewöhnlicher Krankheiten ursächlich sind.

Die Isländer stammen praktisch von einer kleinen Gruppe Kolonisatoren ab, die vor etwa 1.100 Jahren auf der Insel ankamen. Diese Bedingungen sind besonders geeignet Krankheiten und deren Gene zu lokalisieren, die anhand der seit dem Jahre 1915 verfügbaren Krankengeschichten und der Stammbäume der isländischen Familien erforscht werden sollen.

Das Projekt hat innerhalb und außerhalb des Landes Misstrauen erweckt. Zum ersten Mal hat eine Regierung, ein privates Unternehmen ermächtigt, medizinische und genetische Informationen einer ganzen Nation zu kopieren, zu speichern und damit zu arbeiten. Ferner wird die Vertraulichkeit der erhaltenen Daten bezweifelt. Die Gegner des Projektes, die in der Plattform Mannverd zusammengefasst sind, betonen, dass die Regierung ihre Interessen über die Individualrechte gesetzt habe.

Das Unternehmen forscht zur Zeit nach Genen, die 30 ganz gewöhnliche Krankheiten auslösen. Etwa ein Dutzend dieser Projekte wird von Hoffmann-La Roche finanziert.

ABC, 9. Februar 2000

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

7. Jahrgang Heft 1, 2000

Editorial

Beiträge:

Eveline ARTMANN: Rückstellungen für Umweltverbindlichkeiten;

Rainer WEIß: Wichtige Neuerungen des Mineralstoffgesetzes (MinroG, BGBl I 38/1999) 2. Teil;

Bernhard MÜLLER: Die Umweltverträglichkeitsprüfung in der Bodenreform.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

7. Jahrgang Heft 1, 2000

Editorial

Beiträge:

Theo ÖHLINGER: Die Grenze zwischen ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsbefugnissen;

Christine HIRSCH: Zur Deckung der Ansprüche aus „wrongful life“ und „wrongful birth“ in der Haftpflichtversicherung.

7. Jahrgang Heft 2, 2000

Editorial

Beiträge:

Alexander MIKLOS: Das Verbot des Klonens von Menschen in der österreichischen Rechtsordnung;

Klaus SCHWAIGHOFER, Peter STEINER: Die Anzeigepflicht der Ärzte und Rechtsträger von Krankenanstalten;

Maja PIRCHER: Behandlungsabbruch durch den Patienten.

7. Jahrgang Heft 3, 2000

Editorial

Beiträge:

Harald STOLZLECHNER: Überlegungen zur ärztlichen Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht;

Gerhard AIGNER: Zur Situation der Patientenrechte in Österreich;

Kurt F. KATSCHNIG, Edwin MÄCHLER: Kooperation im Arztberuf leicht gemacht;

Kurt F. KATSCHNIG, Edwin MÄCHLER: Checkliste: Ärzte-Kooperation

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht / Boston/ London. Bimestrals Zeitschrift in Englisch.

Vol 24 No. 6, December 1999

Ruiping FAN: Freedom, Responsibility, and Care: Hong Kong's Health Care Reform;

Julia TAO LAI PO-WAH: Does it Really Care?; The Harvard Report on Health Care Reform for Hong Kong;

J.K.C. CHUN: Power of Politics and Reasonableness in Policy Study: On Some Methodological Problems with the Harvard Team Report;

Derrick K.S. AU: Constructing Options for Health Care Reform in Hong Kong;

Chan HO-MUN: Free Choice, Equity, and Care: The Moral Foundations of Health Care;

Hong FUNG, Nancy Tse, E.K. YEOH: Health Care Reform and Societal Values.

Vol 25 No. 1, February 2000

H. Tristram ENGELHARDT, Jr.: Looking to the New Millennium: Homage to Edmund D. PELLEGRINO;

Laurence B. MCCULLOUGH: Holding the Present and Future Accountable to the Past: History and the Maturation of Clinical Ethics as a Field of Humanities;

Virginia A. SHARPE: „Behind Closed Doors“: Accountability and Responsibility in Patient Care;

Yanguang WANG: A Strategy of Clinical Tolerance for the Prevention of HIV and AIDS in China;

Patricia ILLINGWORTH: Bluffing, Puffing and Spinning in Managed-Care Organizations;

Christopher TOLLEFSEN: What Would John Dewey Do? The Promises and Perils of Pragmatic Bioethics;

Tuija TAKALA, Matti HÄYRY: Genetic Ignorance, Moral Obligations and Social Duties;

Rosamond RHODES: Autonomy, Respect, and Genetic Information Policy: A Reply to Tuija TAKALA and Matti HÄYRY.

Vol 25 No. 2, April 2000

Kurt W. SCHMIDT: The Concealed and the Revealed: Bioethical Issues in Europe at the End of the Second Millennium;

Gilbert HOTTOIS: A Philosophical and Critical Analysis of the European Convention of Bioethics;

Corinna DELKESKAMP-HAYES: Respecting, Protecting, Persons, Humans, and Conceptual Muddles in the Bioethics Convention;

Lars REUTER: Human is What is Born of Human: Personhood, Rationality, and an European Convention;

Stephan W. SAHM: Palliative Care vs. Euthanasia. The German Position: The German Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill;

Alfred SIMON: A Right to Life for the Unborn? The Current Debate on Abortion in Germany and Norbert HOERSTER's Legal-Philosophical Justification for the Right to Life;

Friedrich HEUBEL: Patients or Customers: Ethical Limits of Market Economy in Health Care.

REVISTA CUADERNOS DE BIOETICA.

Santiago de Compostela, Spanien

Quartalschrift in Spanisch
Vol. XI, N.º. 41, 1.ª 2000

Presentación:

Josef SEIFERT: Una reflexión sobre los fundamentos de la ética médica
Journadas de Bioética de la Infancia.

- Francisco J. LEÓN: La vida y la muerte humanas;

- José Luis VELAYOS: Comienzo de la vida humana;

- Luis V. SANTAMARIA: Aspectos bioéticos de las técnicas de reproducción asistida;

- Saverio AMBESI-IMPOMBATO: Clonación;

- Luis Miguel PASTOR: RU 486;

- M.ª Teresa BENÍTEZ: El niño en situación social de riesgo;

- José PUIG de la BELLACASA: Programa de prevención para niños en situación de riesgo;

- José A. DIAZ HUERTAS: Maltrato infantil y Bioética;

- M.ª Jesús MARDOMINGO: Problemas de conducta y violencia ambiental;

- Esperanza GARCÍA GARCÍA: Los derechos de los niños;

- M.ª del Carmen VIDAL CASERO: El consentimiento informado para el tratamiento terapéutico de un niño;

- A. MORATILLA, R. HERNÁNDEZ, J.L. MOLINO, J. MEDRANO, M.ª L. CANTERO: Bioética y Enfermería, ante el niño y sus derechos;

- M.ª Isabel RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ: Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte en la infancia;

Colaboraciones:

- A. SANZ Y OTROS: Firma del consentimiento informado en Oncología

- Jorge Luis HERNÁNDEZ ARRIAGA: Muerte cerebral. El debate continúa;

- Dania M. BACARDI, Pedro A. PRATS, Jorge A. BERLANGA, Ariadne GUITÉRREZ: Opciones a la práctica preclínica bajo principios éticos;

- Mariano G. MORELLI: Bioética, Derechos Humanos, Discriminación y Experimentación;

- Ilva M. HOYOS: La salud como derecho fundamental asistencial;

- Richard SMITH: Sobre el nuevo candor del aborto;

- M.ª Amparo BENAVENT, M.ª Isabel

GARCÉS: Los registros de Enfermería: consideraciones ético-legales.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 2000/1

Editoriale: I cinquant' anni della rivista

A. ARANDA, L.M. PASTOR: Aproximación al estado actual de la ética de la investigación mediante el análisis de las normas de autor de algunas revistas científicas;

M.L. PIETRO: Aspetti clinici, bioetici e medico-legali della gestione delle ambiguità genitai;

P. BINETTI: Etica della relazione terapeutica in psichiatria;

Il dibattito nella bioetica: Parere sulla ipotizzata IVG della minorenne di Pozzallo, convenzionalmente chiamata Laura

Recensioni:

R. AGASSO: Sul fronte della vita. Intervista con Carlo Casini, Presidente del Movimento per la Vita (M.L. FURIOSI);

R. GATTI: Democrazia in transizione (G. TORLONE).

ETHICA

Innsbruck, Quartalschrift in Deutsch

8. Jahrgang Heft 1, 2000

Leitartikel:

Josef RÖMELT: Ethik für das dritte Jahrtausend? Problemfelder und Methodenfragen einer wissenschaftlichen Disziplin in der Jahrtausendwende;

Erdmann WALZ: Vom Prinzip Verantwortung zur Verantwortlichkeit. Zum Problem der Handlungsmotivation;

Ulrich THIELEMANN: Was spricht gegen angewandte Ethik? Erläutert am Beispiel der Wirtschaftsethik;

Diskussionsforum:

Nicole C. KARAFYLLIS: Nachwachsende Rohstoffe. „Naturprodukte“ zwischen Grüner Gentechnik und Nachhaltigkeit;

Dokumentation:

Marianne HEIMBACH-STEINS: Christliche Sozialethik – ökumenisch. Thesen zum gemeinsamen Sprechen der Kirchen in sozialetischen Fragen;

Bücher und Schriften:

Josef RÖMELT: Jenseits von Pragmatismus und Resignation. Perspektiven christlicher Verantwortung für Umwelt, Frieden und soziale Gerechtigkeit (A. RESCH);

Franz M. WUKETITS: Warum uns das Böse fasziniert. Die Natur des Bösen und die Illusion der Moral (I. KONCSIK);

Hans LENK: Konkrete Humanität. Vorlesungen über Verantwortung und Menschlichkeit (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

Alberto BONDOLFI/Hansjakob MÜLLER (Hrsg.): Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag (A. HOLDEREGGER);

Valentin ZSIFKOVITS: Demokratie braucht Werte (Ch. LAGGER);

Manuel SCHNEIDER/ Karlheinz A. GEIßLER (Hrsg.): Flimmernde Zeiten: Vom Tempo der Medien (J. MAAS);

Matthias WINGENS: Wissensgesellschaft und Industrialisierung der Wissenschaft (B. IRRGANG);

Joachim WIEMEYER: Europäische Union und weltwirtschaftliche Gerechtigkeit. Die Perspektive der Christlichen Sozialethik (H.J. MÜNK);

Briger P. PRIDDAT: Theologie, Ökonomie, Macht. Eine Rekonstruktion der Ökonomie John LOCKES (N.C. KARAFYLLIS).

Josef WIELAND: Die Ethik der Governance (K. WEBER).

HASTINGS CENTER REPORT.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 30 No. 1, 2000

Old World News: Richard H. NICOLSON: „If It Ain't Broke, Don't Fix it“;

Case Study: Bernice S. EKGER, Jean-Claude CHEVROLET: Beneficence Today, or Autonomy (Maybe) To-

morrow?;

At law: Carl E. SCHNEIDER: America as Pattern and Problem;

Robert ZUSSMAN: The Contributions of Sociology to Medical Ethics;

James LINDEMANN NELSON: Moral Teachings from Unexpected Quarters;

Tod CHAMBERS: Centering Bioethics; Jennifer A. PARKS: Why Gender Matters to the Euthanasia Debate;

Daniel CALLAHAN: Universalism and Particularism;

Reviews: Arthur W. FRANK: Medicine and the Culture of Embodied Desire.

Volume 30 No. 2, 2000

Capital Report: Joanne SILBERNER: A Gene Therapy Death;

Carl ELLIOTT: Pursued by happiness and Beaten Senseless. Prozac and the American dream;

Peter D. KRAMER: The Valorization of Sadness. Alienation and the Melancholic Temperament;

David HEALY: Good Science or Good Business?

Case Study: Erika BLACKSHER, John YEAST, David J. WAXSE: A Request for ICSI;

At law: Lawrence O. GOSTIN: The Supreme Court, Health Policy, and New Federalism;

Perspective: John HARDWIG: Spiritual Issues at the End of Life: A Call for Discussion;

James C. EDWARDS: Passion, Activity, and „The Care of the Self“.

ACTA PHILOSOPHICA.

Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 9 (2000), fasc. 1 Gennaio/Giugno Studi

Andrea AIELLO: La conoscenza intellettuale dell'individuale: note alla soluzione di Guglielmo de la Mare;

Angel RODRÍGUEZ LUÑO: Pensiero filosofico e fede cristiana. A proposito dell'enciclica *Fides et ratio*;

Antonio RUIZ-RETEGUI: El hombre como criatura,

Giuseppe TANZELLA-NITTI: L'encic-

lica *Fides et ratio*: alcune riflessioni di teologia fondamentale, Note e commenti:

Marco D'AVENIA: L'aristotelismo politico di Alasdair MACINTYRE; Giorgio FARO: Anatomia delò fine ultimo in Robert SPAEMANN;

Patrick GOREVAN: Aquinas and Emotional Theory Today: Mind-Body, Cognitivism and Connaturalità;

Recensioni:

M. ARTIGAS: La mente del universo (M.A. VITORIA);

A. MALO: Antropologia dell'affettività (F. RUSSO);

J. MORALES MARÍN: John Henry NEWMAN. La vita (1801-1890) (F. RUSSO);

J.-P. TORRELL: Tommaso d'AQUINO maestro spirituale (A. AIELLO);

Schede bibliografiche:

F. CONESA - J. NUBIOLA: Filosofia del lenguaje (M. PÉREZ DE LABORDA);

J. FERRER ARELLANO: Metafísica de la relación y de la alteridad: Persona y relación (A. MALO);

J. NUBIOLA: El taller de la filosofía (J.A. MERCADO);

BUCHBESPRECHUNG

ÄRZTLICHE VERANTWORTUNG UND AUFKLÄRUNG

Friedrich HARRER/Anton-H. GRAF (Hrsg.)

Verlag Orac 1999

187 Seiten

ISBN 3-700-71393-2

Das vorliegende Buch enthält Stellungnahmen von Ärzten und Juristen, die in einem Symposium auf der Edmundsburg in Salzburg vorgetragen wurden. Ziel des Symposiums war die Förderung bzw. Weiterführung des Dialogs zwischen Medizin und Recht (VII).

Wie dringlich dieser Dialog im Interesse sowohl von Patient als auch Arzt ist, wird schon auf den ersten Seiten des Buches klar, wo H. HONSELL (1 ff) m.E. mit guten Gründen die offenbar vorherrschende juristische Einordnung des Heileingriffes kritisiert. Diese betrachtet den Heileingriff grundsätzlich als Körperverletzung, die erst durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden könne. HONSELL hält dem u.a. entgegen, dass zwischen der „Verwendung eines Skalpells und einer Messerstecherei im Wirtshaus“ unterschieden werden müsse, und sieht in der kritisierten Theorie einen „lebensfremden, in der Sache höchst ungerechten, aber vor allem auch juristisch falschen Konstruktionalismus“ (4).

Danach (6 ff) beginnt die juristische Erörterung des Hauptthemas, sc der ärztlichen Aufklärungspflicht, wobei die Ausführungen von HONSELL eine Einführung darstellen, die im folgenden von F. HARRER und vor allem von A. HEIDINGER vertieft wird. Der Beitrag HARRERS (11 ff) bringt eine erste Explikation des Begriffs der „ärztlichen Verantwortung und Aufklärung“ und stellt den rechtlich-systematischen Zusammenhang dar, in dem die Diskussion um die ärztliche Aufklärungspflicht stattfindet.

Die Arbeit von HEIDINGER über „Die ärztliche Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes“ – der ausführlichste Beitrag des Buches (17-53) – bietet eine ein-

gehende Analyse der (teilweise widersprüchlichen) höchstgerichtlichen Judikatur. Diese ist eingebettet in eine ausführliche Dokumentation des Meinungsstandes in der Lehre, welche insbesondere auch die deutsche Diskussion berücksichtigt. Dem Autor gelingt es, die auf Grund der zunehmenden Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses mittlerweile äußerst komplex gewordene Problematik übersichtlich und verständlich darzulegen, sodass seine Arbeit gerade auch juristischen Laien (insbesondere Mediziner) empfohlen werden kann. Dass der Praktiker selbst nach aufmerksamer Lektüre für viele Fälle keine eindeutigen Handlungsanweisungen bekommen kann, liegt nicht an der Qualität des Beitrages, sondern – leider – in der Natur der Sache.

Den eben angesprochenen rechtlichen Erörterungen folgen Beiträge von Mediziner, welche die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht aus dem Blickwinkel verschiedener medizinischer Fachrichtungen beleuchten: B. GRAF aus internistischer (55 ff), E. FUNTAN aus anästhesiologisch-intensivmedizinischer (77 ff), H.-W. WACLAWICZEK aus chirurgischer (87 ff), A.-H. GRAF aus gynäkologischer (95 ff), H. MAGOMETSCHNIGG/E.-M. MAGOMETSCHNIGG aus gefäßchirurgischer (115 ff), D. MACK aus urologischer (133 ff), H. HAUSMANINGER aus onkologischer (139 ff) und G. LEHNER aus allgemeinmedizinischer (145 ff) Sicht. B. MITTERAUER/B. MAIER/E. GRIEBNITZ erörtern „Probleme der Aufklärbarkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit psychisch kranker Patienten bei klinischen Studien zur Prüfung von Psychopharmaka“ (155 ff). Allen Beiträgen gemeinsam ist (naturgemäß) ein hoher medizinischer Praxisbezug, der durch konkrete Fallbeispiele bereichert wird, welche gerade dem Juristen eindringlich die Grenzen seiner Kunst bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte vor Augen führen. B. MAIER schließlich betrachtet die Aufklärungsproblematik aus (medizinisch) standesethischer Sicht (165 ff).

Zusammenfassend kann man sagen, dass der vorliegende Sammelband sein Ziel erreicht, die Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern zu fördern und beide Disziplinen für die jeweils spezifischen Probleme der anderen zu sensibilisieren. Es bleibt zu wünschen, dass er auch von vielen Praktikern beider Sparten aufmerksam gelesen wird.

T. PISKERNIGG

MITEINANDER REDEN 3

Friedemann SCHULZ VON THUN

Rororo-Sachbuch 1999

336 Seiten

ISBN 3-499-60545-7

„Oft, wenn es erst durch die Jahre durchgedrungen, erscheint es in vollendeter Gestalt.“ (GOETHE, Faust, Vorspiel auf dem Theater) Mit einem verheißungsvollen Zitat leitet der Kommunikationspsychologe SCHULZ VON THUN einen weiteren Band der Reihe „Miteinander reden 3“ ein. Der Leser, der die ersten beiden Bände gelesen hat, wird mit Neugier den dritten Band, „Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation“ zur Hand nehmen. Wurden in den vorhergehenden Bänden die Grundregeln der Kommunikation und eine dazugehörige Typenlehre ausgearbeitet, so stehen im vorliegenden Buch andere Aspekte im Vordergrund. Es geht um die eigene Innerlichkeit, quasi als Quelle für die Reaktionen nach außen. Je nachdem, wie diese innere Konstellation ist, kann die Antwort auf konkrete Situationen so oder anders ausfallen. Für den „Nicht-Experten“ (Nicht-Psychologen) ist auch diesmal wieder die Art der Darlegung zugänglich und lebensnah. Die Beispiele kommen an, es bereitet keinerlei Anstrengung oder Kraftakte ihnen zu folgen. Der Leser ist nicht unbedingt an die vorgegebene Reihenfolge der Kapitel gebunden, gleichwohl der Aufbau der Logik einer gewissen Entwicklung folgt. Wer die er-

sten beiden Bände nicht gelesen hat, kann sich anhand kurzer Einleitungen ein Bild verschaffen und trotzdem den Ausführungen folgen. Schon vorweggenommen: der Anspruch des Vorwortes, nämlich dass sich in diesem Buch die reifen Früchte der jahrelangen Reflexion und Arbeit finden kann bejaht werden. Der vorliegende Band ist nicht nur gut strukturiert, interessant, wissenschaftlich, sondern auch unterhaltsam. Nichts desto trotz wünscht man sich, dass die Entwicklung weitergehen möge und der Autor in weitere, noch zu ergründende Tiefen des menschlichen Verhaltens und seiner Motivationen vorstoßen möge.

Für den Arzt, der tagein tagaus mit einer Unzahl von Menschen in engen Kontakt tritt, ist das Modell vom Inneren Team, wie SCHULZ VON THUN es entwirft, eine interessante These. Aus der Alltagserfahrung weiß der Mensch um die verschiedenen inneren „Stimmen“, die in den Entscheidungsprozess einbezogen sind. Der Autor lässt diese, wie Spieler auf einer Bühne auftreten, verschiedene Rollen spielen, in den Vordergrund oder hinter den Vorhang zurücktreten, vom Regisseur gerügt und gelobt werden u.s.w. Die inneren Teammitglieder, die durch ein Oberhaupt geleitet werden, die Teamkonferenz, die inneren Konflikte und das entsprechende Konfliktmanagement sind Analogien, die klärend ein neues Licht auf berufliche und private Alltagssituationen werfen. Mit ihrer Hilfe können Begebenheiten neu bewertet, bestimmte Verhaltensmuster aber in gewissem Sinn auch verstanden werden. Des weiteren dienen sie dem besseren Verständnis der Reaktionen unserer Mitmenschen. Die lebensnahe und wirklichkeitsgetreuen Beschreibungen sind wie ein vorgehaltener Spiegel. Wer sich traut und hineinschaut, kann Verhaltensmuster entdecken, um sie falls nötig einer Korrektur zuzuführen.

Originell und illustrativ zugleich sind die Abbildungen, die den Text begleiten. Gelegentlich bringt der Autor zur Untermauerung ein Zitat aus der Weltliteratur. Es fehlt nie ein Schuss

guten Humors, der wie die Selbstironie dem Ganzen die Tragik nimmt.

Die zwischenmenschliche Kommunikation betritt unweigerlich den Bereich der Ethik. Der Autor ist bemüht, in seinen Ausführungen Querverweise auf die Moral zu vermeiden. Aber diese Abstinenz verwandelt sich gelegentlich in Indifferenz. Es kann nicht jegliches Verhalten gleich-gültig, gleich-richtig, gleichwertig sein. Manches bedarf einer Antwort, sonst verliert sich die beste Theorie und verkümmert zur Technik. Diese weiterführenden Überlegungen werden vermisst. Hier wäre der Verweis zur Tugend notwendig, wobei dem Leser die ethischen Schlussfolgerungen überlassen bleiben könnten. Im Grunde könnte die vorliegende Arbeit ja auch als psychologische Studie gesehen werden, die die Tugendlehre von einem anderen Standpunkt aus beleuchtet.

Das Buch ist jedenfalls empfehlenswert und hilfreich. Gerade für den Mediziner, der leider noch immer in den Fragen der Arzt-Patient Beziehung autodidakt sein muss.

N. AUNER

DIE MUTMAßLICHE EINWILLIGUNG IN DEN BEHANDLUNGSABBRUCH

Gregor RIEGER

Criminalia Bd. 18

Peter Lang Verlag, Dissertation 1997

192 Seiten

ISBN 3-631-32605-x

Gregor RIEGER widmet sich in seiner Dissertation einem juristischen Teilproblem der seit langem diskutierten Selbsthilfeproblematik. Im Spannungsfeld zwischen den strafbewährten Geboten der Lebenserhaltung und der Achtung der Selbstbestimmung stellt der entscheidungsunfähige Patient ein eigens zu untersuchendes Kapitel dar.

Soweit der Patient in selbstständiger Entscheidung eine weitere Behandlung ablehnt, setzt er damit eine heute allgemein akzeptierte verbindliche Grenze für die Zulässigkeit ärztlicher Bemühungen um Lebensverlängerung, d.h. der früher unangefochten geltende absolute strafrechtliche Lebensschutz ist bereits durchbrochen worden. Der Wunsch nach Selbstbestimmung gelangt aber zunächst an eine natürliche Grenze, wenn der Patient keine eigene Entscheidung mehr treffen kann, weil Krankheit oder Verletzungen ihm die Fähigkeit hiezu genommen haben. Gerade dies sind jedoch Lebenssituationen, die oft als nicht mehr lebenswert empfunden werden und deren künstliche Aufrechterhaltung abgelehnt wird. Da der Patient in diesem Fall seinen konkreten Willen nicht mehr äußern kann, erscheint die Möglichkeit einer vorweggenommenen Selbstbestimmung („Patiententestament,“) als ein attraktiver Lösungsansatz.

Ebenso soll eine Mutmaßung über die Entscheidung, die der Patient treffen würde, möglich sein. Gerade aber diese mutmaßliche Einwilligung in den Behandlungsabbruch und ihren Geltungsanspruch als Beschränkung der ärztlichen Behandlungspflicht untersucht der Autor im Detail. Er widmet sich dabei besonders der Unterscheidung zwischen tatsächlicher und mutmaßlicher Einwilligung sowie dem Verhältnis der mutmaßlichen Einwilligung zur Einwilligung durch Vertreter.

Der Vorrang der Selbstbestimmung hat dazu geführt, dass die mutmaßliche Einwilligung heute als strafrechtlicher Rechtfertigungsgrund gewohnheitsrechtlich allgemein anerkannt ist. Für dessen Vorliegen sind der selbstbestimmte Wille des Patienten und das erlaubte Risiko die entscheidenden Kriterien. Für die Risikoüberprüfung ist die Frage zu stellen, ob nach der Feststellung des als wahrscheinlich erachteten Willens des Patienten im konkreten Fall angesichts der möglichen Folgen das Risiko eingegangen werden kann, lediglich auf der Basis ei-

ner Mutmaßung in die geschützten Rechtsgüter einzugreifen.

G. RIEGER geht in diesem Zusammenhang auf die sog. „Patiententestamente“, ein und weist auf die Gefahr hin, dass eine aktuelle Selbstbestimmung des Patienten anders ausfallen könnte. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage nach einem mutmaßlichen Widerruf, den RIEGER in bestimmten Fällen durchaus für möglich hält. In der Folge untersucht der Autor das Verhältnis zwischen mutmaßlicher Einwilligung in einen Behandlungsabbruch und Einwilligung durch Vertreter. Beide Formen der Einwilligung sieht er als Ausnahmesituationen und anerkennt sie nur unter dem Vorbehalt, dass eine eigene Entscheidung des Patienten nicht mehr herbeizuführen ist. Die gesetzlich geregelte Zuweisung der Vertretungsmacht durch das Betreuungsrecht hat in einem solchen Fall Vorrang vor der Notvertretungskompetenz nach den Regeln der mutmaßlichen Einwilligung. Die Tatsache, dass die Entscheidungsbefugnis des Betreuers durch das Erfordernis einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung eingeschränkt ist, beurteilt RIEGER als entscheidenden Schritt in Richtung Rechtssicherheit.

Abschließend behandelt er noch das Strafbarkeitsrisiko, das den Arzt oder den Vertreter, der über die Fortsetzung einer lebenserhaltenden Behandlung beim entscheidungsunfähigen Patienten zu befinden hat, trifft, da sowohl die Fortsetzung als auch der Abbruch strafrechtlich sanktioniert sein können. Liefert auch eine Risikoabwägung bei der Annahme eines mutmaßlichen Willens sowohl für als auch gegen einen Behandlungsabbruch keine Lösung, eröffnet die Annahme einer Kollision gleichwertiger Pflichten gegenüber demselben Rechtsgutträger einen Weg, jede in Not gewählte Entscheidung als rechtmäßig zu akzeptieren.

Aus rechtsdogmatischer Sicht glaubt der Autor, die Voraussetzungen des Behandlungsabbruchs aus dem anerkannten und ausjudizierten Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung ableiten zu können. Er sieht da-

her keine Notwendigkeit einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung.

E. SERDET

**GENTECHNIK - BIOTECHNIK
LEHRBUCH UND KOMPENDIUM FÜR
STUDIUM UND PRAXIS**

Theodor DINGERMANN

*Die Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme
Wissenschaftl. VerlagsgesmbH, Stuttgart 1999*

632 Seiten

ISBN 3-8047-1597-4

Dem umfassenden Kompendium zu Gentechnik und Biotechnik, das Th. DINGERMANN in diesem Werk vorlegt, ist vor allem ein Charakteristikum zu eigen: gründlichste Recherche, die von praktischen Beispielen und Anwendungserfahrungen untermauert wird.

Das Lehrbuch gibt einen umfassenden Überblick sowohl über die modernen Techniken dieser beiden Bereiche, als auch über die Anwendungsgebiete und Zukunftsperspektiven der modernen biologischen Wissenschaften.

Streng systematisch und mit einem starken medizinischen Einschlag werden die oftmals schwer verständlichen Techniken anschaulich nach US-amerikanischem Vorbild erläutert und mit einer Vielzahl von Grafiken versehen. Von DNA-Sequenzierung über neueste PCR-Methoden bis zu modernen Klonierungsverfahren reicht der Bogen der gentechnischen Methoden. Detaillierte Darstellungen von Zellkultur- und Fermentationsmethoden runden das Methodenspektrum ab.

DINGERMANN legt auch sehr großen Wert auf das rechtliche Umfeld der gen- und biotechnologischen Anwendungsgebiete, jedoch verabsäumt er es, tiefer - abgesehen von einigen eingehenden Bemerkungen zur historischen Entwicklung der Gentechnik und Biotechnologie - auf die ethische Brisanz der vorgestellten Themen ein-

zugehen. Viel zu wenig nehmen moderne Lehrbücher leider immer noch auf diesen Aspekt Rücksicht und stellen damit die methodische Frage außerhalb jeder ethischen Relevanz, was oftmals zu verheerenden Konsequenzen im Umgang mit Lebewesen und im besonderen mit Menschen im Frühstadium ihres Lebens führt.

Der Rückzug auf rein juristische Normierungen, wie er in diesem Werk vorgenommen wird, kann aber gerade in einer Disziplin, die sich so rasant entwickelt wie die Gentechnik, niemals als einzige Handlungsmaxime gelten.

Als Verdienst muss man Th. DINGERMANN aber anrechnen, dass er zum ersten Mal eine umfassende Zusammenschau von Gentechnik und Biotechnologie in einem einzigen Werk ermöglicht. Die getrennte Erfassung dieser beiden Technologien hat nicht zuletzt zu entscheidenden Missverständnissen in der Bewertung der Gentechnik geführt, die als allein unheilbringende Methode allzu oft verteufelt wurde. Erst in der gemeinsamen Beurteilung mit der Biotechnologie und deren teilweise jahrhundertalten Methoden (siehe Biergärung oder Hefeteige) lässt sich die Bewertung des eigentlich Neuen der Gentechnik bewerkstelligen.

Die gemeinsame Betrachtung von Methoden und Anwendungsgebieten als auch von Gentechnik und Biotechnik macht den eigentlichen Reiz dieses Buches aus, der darin liegt, neue Anwendungsbereiche moderner medizinischer und biologischer Forschung aus diesen vier unterschiedlichen Perspektiven zu beurteilen und durch die Zusammenschau aller vier Aspekte zu einem ausgewogenem Urteil zu kommen. Und dies gelingt in diesem Lehrbuch eindeutig: die methodischen Risiken gemeinsam mit den klaren anwendungsspezifischen Vorteilen zu sehen und zugleich die potentiellen Gefahren auf biotechnologische Verfahren und gentechnische Methoden zu untersuchen. Das Buch stellt nicht nur für Studenten und Spezialisten ein gelungenes Kompendium einer modernen Technologie dar, ohne die die heutige Medizin nicht mehr auszukommen scheint. Aber gerade für den unvoreingenommenen Betrachter, der sich ein faktisches Bild für die ethisch-moralische Beurteilung der Gen-Biotechnik machen möchte, stellt es eine exzellente Informationsquelle dar.

M. SCHWARZ

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VII/NR. 3/2000

Schwerpunkt
ETHIK IM KRANKENHAUS

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes
BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE - Institut für medizinische
Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
E-Mail: postbox@imabe.org
<http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Dkfm. Peter HARTIG
Bernhard KUMMER
Claudia LAPKA
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche
Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebersdorf
Anzeigenkontakt:
Claudia LAPKA
Einzelpreis:
Inland ATS 120.-,
Ausland ATS 150.-
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.-,
Ausland ATS 500.-
Studentenabo ATS 250.-
Fördererabo ATS 1.000.-
Abo-Service:
Claudia LAPKA

Bankverbindung:
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der medizin-
ischen Anthropologie und Bioethik
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre
Manuskripte an den Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann
von den Mitgliedern des wissenschaft-
lichen Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gemäß
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der
Fassung des Steuerreformgesetzes
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

