

16. Ärztliche Ethik und ärztliche Verantwortung

›Ärztliche Ethik meint Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens.«

Thure von Uexküll/Wolfgang Wesiak (1)

›[...] das, was wir Ethos nennen – die Frage danach, wie wir leben sollen, welche Ansprüche auf uns warten, wie Verbindlichkeiten und Verletzungen entstehen –, bereits auf der Ebene des Hinhörens und Hinsehens, auf der Ebene der Sinne beginnen zu lassen. Das Ethos beginnt auf der Ebene der Sinne. [...]. Ein Hinsehen und ein Hinhören, das ein Wegsehen und ein Weghören einschließt, bedeutet, dass ein Anspruch des Anderen laut wird, der früher ist als alle Normen, Werte und Beurteilungen, als alles Pochen auf Geltungen.«

Bernhard Waldenfels (2:388-89)

›The learning and practice of medical ethics in a clinical setting requires many of the same structures and dynamics as the learning and practice of clinical medicine.«

Ellos W.J. (3)

›Modern medical culture often mistakes the means – science – for the ends: caring for patients.«

Howard Spiro (4:4)

Bernhard Waldenfels' (geb. 1934) aus phänomenologischen Beobachtungen und Kenntnis der Schriften Emmanuel Levinas' (1905–1995) gewonnene Überzeugung: ›das, was wir Ethos nennen, bereits auf der Ebene des Hinhörens und Hinsehens, auf der Ebene der Sinne beginnen zu lassen‹ und sein Satz ›ein Hinsehen und Hinhören [...] bedeutet, dass ein Anspruch des Anderen laut wird, der früher ist als alle Normen, Werte und Beurteilungen, als alles Pochen auf Geltungen (2: 388–9), mag für viele fremd klingen. Sind nicht ideelle Werte und verpflichtende Normen vor jemandem da, der sich darauf beruft oder sie einfordert? Gibt es einen Sinn für Ethik? Und was könnte ein Sinnesorgan für einen moralischen Sinn sein? Ist dies das, was Charles Taylor in seinem Buch *Die Quellen des Selbst* (5) als *das Innere* bezeichnet hat und das sich kulturgeschichtlich erst bei *homo*

sapiens ausgebildet hat? Wie kommt Waldenfels (2) dazu, einen moralischen Sinn (quasi als 6. Sinn) im Leib zu verankern? Bevor diesen und andere Fragen ausführlicher nachgegangen wird, sollen vorab einige philosophische Begriffe erläutert werden.

Begriffsklärungen von Moral und Ethik – normatives Orientierungswissen und Ethik

Ethik leitet sich vom griechischen *ethos* ab. Rainer Otte schreibt: Ethik ›meinte zunächst die praktischen Orientierungen, deren Verbindlichkeit man der Lebensführung, seinen Werten und Zielen und ihrer Stellung im Kanon des sozialen Lebens unterlegt hat. Ethik und Moral überschneiden sich, bedeuten aber nicht dasselbe. Von *Moral* spricht man, wenn man die Sitten, Haltungen und Grundwerte meint, die in einer Gesellschaft lebendig sind und ihre Traditionen haben. Die *Ethik* ist [...] eine theoretische, kritische und reflektierende Disziplin. Sie verkündet keine sakrosankten Weltbilder und predigt keine allein selig machende Norm. Sie beschäftigt sich vielmehr mit der Analyse, der Begründung und der Kommunikation von handlungsrelevanten Überzeugungen, Argumenten und Normen.« (6:99) Dem Münsteraner Philosophen und Ethiker Kurt Bayertz zufolge ›bezeichnet *Moral* einen Komplex von Normen, Werten oder Idealen, der jedem Individuum einen allgemeinen Leitfaden für die Gestaltung seines Lebens bereitstellt. Eine solche *Moral im weiteren Sinne* weist jedem Individuum einen Platz in der Welt an und sagt ihm, worauf es im Leben ankommt. Orientierungssysteme dieser Art gibt es in allen menschlichen Gesellschaften; ihre Existenz ist eine anthropologische Konstante. Je weiter wir historisch zurückgehen, desto homogener verschmelzen sie mit den jeweils geltenden mythischen oder religiösen Überzeugungen; ihre Legitimation beruht wesentlich auf Tradition. Später werden solche Systeme auch von bestimmten Individuen oder Gruppen bewusst entworfen und der Tradition entgegengesetzt; sie sind nun kritisch reflektierte Anleitungen zum richtigen Verständnis der Welt und zur richtigen Führung des Lebens. Damit ist der Übergang zum philosophischen Denken vollzogen, zur *Ethik* als dem Bemühen um die systematische Grundlegung und Ausarbeitung eines Leitfadens der Lebensführung.[...]. Die *Moral im weiten Sinne* und die *Ethik* unterscheiden sich [...] darin, dass die *Ethik* sich nicht mit der Autorität der Tradition zufriedengibt; sondern Orientierungen auf einer theoretisch und methodisch reflektierten Ebene zu erarbeiten sucht.« (7:34) Unter *Moral im engeren Sinne* fallen Bayertz zufolge ›Vorschriften, die unserem Handeln Grenzen setzen: Diese Funktion der Handlungsbegrenzung kommt in dem negativen, d.h. verbotenden Charakter der Vorschriften zum Ausdruck: Du sollst *nicht* töten, *nicht* ehebrechen, *nicht* stehlen und *kein* falsches Zeugnis abgeben. [...]. Ihrem Inhalt nach beziehen sich diese Vorschriften auf den Schutz der Interessen derjenigen Menschen, die vom Handeln eines Individuums betroffen sind. Sie verbieten uns, anderen Menschen einen (in dem jeweiligen Verbot spezifizierten) Schaden zuzufügen.« (7:37) *Moral im weiten Sinne* und die *Ethik* suchen ›die Frage nach den Zielen zu beantworten, die wir anstreben sollten, um ein gutes Leben zu führen; sie ist also auf das Wohlergehen des jeweils fragenden oder handelnden Subjekts orientiert. Demgegenüber zielen die Vorschriften einer *Moral im engeren Sinne* auf das Wohlergehen

anderer Personen und liegen damit quer zu dem zentralen Bezugspunkt der Moral im weiteren Sinne.« (7:37-8)

Die Ethik ist keine Naturwissenschaft wie z.B. die Physik, der es um Fakten und deren Wahrheit oder Falschheit geht und darum, dass deren *Faktenwissen* Geltung beansprucht. In der Ethik geht es um Werte und Bewertungen. Theorien zur Ethik versuchen, aus der Vielzahl von Bewertungen ein rational begründetes Gesamtbild zu gewinnen, das *Orientierungswissen* liefern kann. Das kulturell in der Lebenswelt verankerte »deskriptive Orientierungswissen« ist weitgehend unabhängig von wissenschaftlich erhobenen Daten und wissenschaftlichen Theorien.« (8:186) und erweist sich als resistent gegenüber Widerlegungsversuchen. Gewisse Inkongruenzen »begründen eine »lokale« Skepsis« (8:182), eine umfassende Skepsis ist unmöglich. Lebensweltlich verankerte moralische Überzeugungen finden Eingang in das *normative Orientierungswissen*. Auch hier ist eine umfassende Skepsis nicht möglich. »Handelnd offenbaren wir gleichermaßen deskriptive wie normative Überzeugungen.« (8:185) Julian Nida-Rümelin (geb. 1954) fasst zusammen: »1. Unser normatives Orientierungswissen ist weitgehend unabhängig von ethischer Theoriebildung. 2. Die alltäglichen moralischen Überzeugungen, die unser Handeln leiten und damit unsere Lebensform insgesamt bestimmen, sind subjektiv gewisser als ethische Theorien. 3. Die Systematisierungs- und Kohärenzzwänge sind im Bereich unseres normativen Orientierungswissens schwächer ausgeprägt als innerhalb der ethischen Theoriebildung. 4. Normatives Orientierungswissen ist ohne Ethik denkbar, während Ethik ohne normatives Orientierungswissen nicht möglich ist. [...]. Die ethische Theorie bewährt sich darin, dass sie wesentliche Teile unseres normativen Orientierungswissens rational rekonstruiert.« (8:189-90)

Grundbegriffe ethischer Urteilsbildung

Der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio beginnt sein Lehrbuch *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin* (9) mit der Klärung von Grundbegriffen ethischer Urteilsbildung. Das ethische Reflektieren bezieht sich in den meisten Fällen auf konkrete *Handlungen*, die Bewusstsein und Intentionalität (Absicht) beinhalten. Auch unbewussten und vorbewussten Handlungen kann eine Absicht zugrunde liegen. Sie gelten als Handlungen und müssen ethisch verantwortet werden. Wenn Intentionalität fehlt, spricht man von Geschehnissen, Widerfahrnissen oder Ereignissen. Der Begriff des Handelns beinhaltet sowohl das aktive Tun als auch das (aktive) Unterlassen, die Nichtvornahme einer Handlung. Erfolgt letztere wissentlich und mit Absicht, spricht man von Zulassen. Denkt man über bestimmte Handlungen ethisch nach, fragt man, nach welchen Kriterien gehandelt wurde. »Zentral für das Handeln nach der Unterscheidung von richtig und falsch ist der Gesichtspunkt der Zweckrationalität; es geht hier also um Klugheitsfragen, somit um die Frage, mit welchen Mitteln man einen vorgegebenen Zweck erreichen kann. [...]. Wenn wir nun nicht mehr von richtig und falsch, sondern von gut und schlecht sprechen, so verlassen wir den Bereich des Zweckrationalen und kommen in den Bereich des Sittlichen.« (9:15) Neben den Bewertungen, die sich an unterschiedlichen Gegensatzpaaren orientieren, können Urteile in einer anderen Weise in Sachurteile und Werturteile unterschieden werden. »Während sich die Sachurteile auf Fakten beziehen, bleibt das Werturteil auf normative Aussagen bezogen. Nun gibt es auch innerhalb der Werturteile zwei

Kategorien. Auf der einen Seite stehen die präskriptiven Urteile (Verpflichtungsurteile), also Urteile, die eine Sollensaufforderung enthalten; bekanntestes Beispiel hierfür sind die Zehn Gebote des Alten Testaments. Auf der anderen Seite stehen die deskriptiven Urteile (beschreibende Urteile); diese sind nicht mit einer Aufforderung verbunden, sondern mit der Beschreibung einer Norm.◀ (9:16) Bei den Normen können Rechtsnormen, moralische Normen und sachbezogene Normen (wie Normierungen nach DIN = Deutsche Industrie-Norm) unterschieden werden. Normen haben die Funktion, die Verwirklichung von Werten zu ermöglichen. Sie stellen auf bestimmte Gebiete bezogene Regeln dar, von denen erwartet wird, dass sich das Verhalten der Menschen danach richtet. Juristische Normen sind sanktioniert, d.h. sie können bei Nichtbeachtung bestraft werden, während moralische Normen weicher sanktioniert sind und von außen Tadel oder Kritik zur Folge haben können, vom eigenen Inneren her jedoch aufgrund von Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und Gewissensbissen Verunsicherung hervorrufen.

›Normen sind bezogen auf Werte, die über die Normen verwirklicht werden sollen. [...]. Werte drücken allgemeine Zielvorstellungen über das Gute aus. [...]. Werte sind explizite oder auch nur implizite Setzungen des Menschen, die ›weder Produkte, noch Ursachen, sondern Gegenstände unseres Fühlens sind◀ (Spaemann 2002).◀ (9:17) Mit dem Begriff *Wert* ist üblicherweise ein immaterieller Wert gemeint, der sich auf das Wahre, Schöne und Gute bezieht. Unterholzner unterscheidet bei den ideellen Werten geistige Werte, ethische Werte und ästhetische Werte (10) (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1:
Kategorien von Werten (nach Unterholzner und Maio (9:18))

Wertinhalt	Beispiel
Materielle Werte	Besitz
Ideelle Werte	
- Geistige Werte	Plausibilität, Kohärenz
- Ethische Werte	Respekt, Achtsamkeit, Rücksicht
- Ästhetische Werte	Schönheit, Harmonie
Soziale Werte	Gleichheit, Friede, Ansehen
Religiöse Werte	Heil, ewiges Leben, Seligkeit

Der Neukantianer Heinrich Rickert (1863–1936) hat eine Wertphilosophie mit verschiedenen Wertebereichen und charakteristischen korrespondierenden Werten (wie Wahrheit, Schönheit, Sittlichkeit, Glücksgemeinschaft und unpersönliche und persönliche Heiligkeit) unterschieden. Max Scheler (1874–1928) und Nicolai Hartmann (1882–1950) gehen von einer a priori-Gegebenheit der Werte aus, die anschaulich und ohne Erfahrung erkannt werden können. Für den kanadischen Philosophen Charles Taylor (geb. 1931) gehören Werte nicht ›zur dinghaften Ausstattung der Welt‹ (5:106). Werte sind keine Inhalte, die wir uns aussuchen können, sondern bereits existierende Inhalte, die in einer bestimmten Kultur und Sprache mit enthalten sind. Er spricht von ›Hypergütern‹ wie dem Moralischen und davon, ›dass sie uns ein Gut darbieten, durch das andere Güter angefochten und verdrängt werden.‹ (5:135) und davon, ›dass unsere Akzeptierung jedes Hyperguts in komplexer Weise damit zusammenhängt, wie wir durch es *berührt* werden.‹ (5:142)

Die den Werten und Normen übergeordnete Abstraktionsebene ist die allgemeine Ebene der Prinzipien. Im Gegensatz zu Normen, die sich auf konkrete Handlungen bzw. ein begrenztes Gebiet (z.B. Rechtswesen) beziehen, stellen Prinzipien übergeordnete Normen dar. Beispiele für ein *formales Prinzip* sind Kants kategorischer Imperativ oder die aus der Antike stammende goldene Regel. Das Diskursprinzip, das der Diskursethik von Karl-Otto Apel (1922–2017) und Jürgen Habermas (geb. 1929) zugrunde liegt, ist ein formales, verfahrenstechnisches Prinzip. Für die Medizinethik relevante *inhaltliche Prinzipien* sind das Prinzip der Autonomie, der Fürsorge, der Gerechtigkeit und des Nicht-Schadens (s.u.). ›Die Prinzipienebene ist [...] einer weiteren Ebene untergeordnet, die das Prinzip wiederum in ein bestimmtes Koordinatensystem setzt. Dieses Koordinatensystem besteht aus ethischen Theorien, mit denen die Prinzipien begründet werden können.‹ (9:21) Die wichtigsten ethischen Begründungstheorien sollen nachfolgend kurz erläutert werden.

Vielzahl von (konkurrierenden) Ethiken

Die **utilitaristische Ethik** macht ›die *Folgen* einer Handlung zum vorrangigen bzw. einzigen Maßstab‹ von Handlungen (9:37). Die Bezeichnung Nützlichkeithetik trifft den Kern nicht ganz, da der englische Begriff *utility* auch den Aspekt des Geeignetseins bzw. der Zweckmäßigkeit beinhaltet. ›Der **Utilitarismus** setzt auf das ›größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl‹. Die Moral wird unter dem Aspekt ihrer Nützlichkeit bewertet. Eine Norm, die sich in langfristiger Perspektive bewährt, verspricht Sicherheit für Entscheidungen und Handlungen.‹ (6:100). Der Begründer des klassischen Utilitarismus ist der englische Jurist, Philosoph und Sozialreformer Jeremy Bentham (1748–1832). Von ihm stammt die Formel des größten Glücks der größten Zahl. Diese Zielsetzung charakterisiert – entgegen manchen radikalen sozialreformerischen Vorschlägen Benthams – den ›grundlegend demokratischen Charakter des Utilitarismus, dem es nicht um den Nutzen bestimmter Gruppen oder sozialer Schichten geht, sondern um die Benennung eines Wohlergehens, in das das Wohlergehen *aller* Betroffenen in gleicher Weise einfließt. Der englische Philosoph und Ökonom John Stuart Mill (1806–1873) propagierte in der Nachfolge Benthams die Überwindung der Egozentrik (*selfishness*) des Menschen. Der Utilitarismus ist somit eine Theorie, die den solipsistischen Egoismus, der das sub-

jektive Ich als das einzig moralisch Relevante anerkennt, grundlegend verurteilt. Nicht der je individuelle Vorteil ist Zielpunkt, sondern die Beförderung des Wohls der Allgemeinheit. (9:39-40). Unter Berufung auf die Ethik der Stoa (11) bewertet Mill die Freuden, die sich aus den geistigen Fähigkeiten des Menschen ergeben, höher als die Freuden, die aus einem rein sinnlichen Vermögen hervorgehen, was sich nicht aus dem Begründungsprinzip des Utilitarismus ableiten lässt. Neben dem Mill'schen **qualitativen Utilitarismus** gibt es weitere Modifikationen: der Handlungsutilitarismus fokussiert auf die Folgen, die sich aus speziellen Handlungen ergeben, der Regelutilitarismus um die Auswirkungen, die sich aus der Befolgung einer Regel ergeben, was eine Annäherung an die Pflichtenethik Kants darstellt. Der Präferenzutilitarismus bewertet die Folgen einer Handlung in Hinblick auf die Erfüllung von Präferenzen: »Je mehr Menschen ihre Präferenzen verwirklichen können bzw. je weniger Menschen an der Verwirklichung ihrer Präferenzen gehindert werden, desto vorzugswürdiger ist die Handlung.« (9:42)

Grundanliegen der **Pflichtenethik Immanuel Kants** (1724–1804) (12–15) »ist es, einen Handlungsgrundsatz zu finden, der für alle Menschen und zu allen Zeiten Gültigkeit beanspruchen kann. [...] Kant lehnt daher eine Begründung ethischer Aussagen aus Erfahrung oder Neigung ab [...]. Für ihn stellt allein die Vernunft diejenige Begründungsebene dar, die allen Menschen gemeinsam und die zugleich unveränderlich ist, sodass über die Vernunft jedwede Partikularität und Zufälligkeit ausgeklammert werden kann und man nur über die Vernunft zu verallgemeinerbaren Grundsätzen gelangt.« (9:23) Kant glaubt, dass man Aussagen, die strenge Allgemeingültigkeit haben, nur *a priori* beweisen kann – was so viel heißt wie: ohne empirische Information, durch bloßes Nachdenken.« (15:16) Er unterscheidet pflichtgemäßes Handeln von einem Handeln aus Pflicht. Ein pflichtgemäßes Handeln ist unter den Maßstäben der Legalität dann ein korrektes Handeln, wenn es die Vorgaben der Gesetze berücksichtigt und einhält. Moralisch hochstehend ist ein Handeln erst, wenn die Idee der Moralität (Sittlichkeit) die Triebfeder der Handlung ist. »Die Pflicht ist [...] nichts anderes als dasjenige Gebot, das genau derjenige befolgt, der auf den Gesetzescharakter seiner Maxime achtet.« Es ist »[...] etwas *praktisch* Notwendiges, etwas, das wir nicht aus naturgesetzlichen, sondern aus rationalen Gründen tun *müssen*. [...] Damit wissen wir genug, um den Inhalt der Pflicht zu erfassen: Die Pflicht verlangt einfach, sich nur solche Maximen zu eigen zu machen, die Gesetze sind. Dies [...] sagt Kants erste Formulierung des Sittengesetzes: »[I]ch soll niemals anders verfahren, als so, *dass ich auch wollen könne, meine Maxime solle ein allgemeines Gesetz werden*«. (15:38) Die Unterschiede zwischen pflichtgemäßem Handeln und einem Handeln aus Pflicht fasst Tabelle 2 zusammen.

Die mit Kants kategorischen Imperativ verbundene absolute Verbindlichkeit resultiert aus der praktischen Vernunft. Darin, dass sich der Mensch via vernunftgeleiteten Abstraktionen das Sittengesetz selbst geben kann, manifestieren sich Autonomie, Freiheit und Würde des Menschen. Mit dem kategorischen Imperativ bindet sich der Mensch selbst an das Sittengesetz als Ausdruck seiner Autonomie als vernunftbegabtes Wesen (12–15). Die allgemeine Formel des kategorischen Imperativs lautet: »Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.« »Die zentrale Bedingung für eine solche Maxime ist die Forderung, dass die Maxime die Form der widerspruchsfreien Allgemeinheit des Gesetzes haben muss. Das heißt, sie *muss* gedacht werden können, und sie darf nicht *nicht* gewollt werden dürfen.

Damit taugt nur jene Maxime für das Sittengesetz, die für alle, d.h. für den Handelnden wie für den Betroffenen gleichermaßen, vernünftigerweise gedacht/gewollt werden kann.« (9:28) ›Vernunft, Freiheit und Verantwortung [sind (O.L.)] eng miteinander verwoben, sie können als drei Aspekte der zentralen menschlichen Fähigkeit, sich von Gründen leiten zu lassen, interpretiert werden.« (16:IX). Julian Nida-Rümelin spricht von *struktureller Rationalität* und davon, ›die Freiheit des Willens besteht darin, dem vernünftig Eingesehenen zu folgen«. (16:227)

Tabelle 2:

Moralität und Legalität bei Kant (nach Maio (9:26))

	Moralität	Legalität
Einstellung	Pflichtgemäße Handlung	Handlung aus Pflicht
Qualität der Handlung	Moralisch wertvoll	Nur gesetzmäßig
Überprüfbarkeit	Nach innerer Maxime	Nach der äußeren Übereinstimmung mit dem Gesetz
Triebfeder	Sittlichkeit	Eigenliebe / Klugheit

Kant unterscheidet die Pflichten gegen sich selbst von den Pflichten gegen andere (12,15). Erstere haben den Vorrang vor letzteren. Des Weiteren unterscheidet er vollkommene Pflichten (*enge* Pflichten) von unvollkommenen Pflichten (*weite* Pflichten) (15:60-81). ›Kants vollkommene Pflichten haben negativen Charakter. Sie sind Pflichten, bestimmte Dinge *nicht* zu tun – etwa *keine* falschen Versprechungen zu geben, sich *nicht* selbst zu töten oder [...] Menschen *nicht* zu ermorden und zu quälen.« (15:66) Kant bezeichnet die unvollkommenen Pflichten auch als Tugendpflichten. Sie sind zwar nicht aus einem anderen Prinzip abzuleiten als aus dem kategorischen Imperativ, müssen aber nicht bedingungslos befolgt werden. Es obliegt der Urteilskraft des Einzelnen, inwieweit diese Pflichten erfüllt werden müssen. Die vollkommenen Pflichten (*enge* Pflichten) sind unter *allen* Umständen zu berücksichtigen. Die vollkommene Pflicht gegen sich selbst beinhaltet das Verbot der Selbsttötung, da der Mensch sich in der Selbsttötung zu einer bloßen Sache instrumentalisieren (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3:

Gesamtschau der Pflichten Immanuel Kants (nach Maio (9:33))

Pflichten gegen sich selbst	Pflicht gegen andere
1. Pflicht zur Selbsterhaltung Verbot des Selbstmords Verbot der Selbstverstümmelung Verbot der Völlerei	1. Pflicht der Achtung der Würde des Menschen Verbot der üblen Nachrede Verbot des Hochmuts Gebot der Freundschaft
2. Pflicht zur Wahrheit	2. Pflicht zu Dankbarkeit, Mitleid, Wohltätigkeit Verbot von Schadenfreude und Neid
3. Pflicht zur Selbstachtung Verbot der falschen Demut (Kriecherei) Verbot Vernachlässigung seiner selbst (Geiz)	3. Pflicht zum Gehorsam bezogen auf Rechtspflichten
4. Pflicht zur moralischen Selbsterkenntnis	4. Pflicht zur Tierliebe als Ausdruck der Menschlichkeit

Die Stärke verschiedener **Tugendethiken** beruht auf ihrer Hinwendung zu spezifischen Situationen und Lebenswelten, die kontingent und nicht-standardisierbar beschrieben werden. ›Das einzuräumende Handeln wird durch Horizonte des Gewohnten und Vertrauten vorgezeichnet; man rekurriert nicht auf eine unumgrenzte, sondern stets auf eine kontextuell umgrenzte Anzahl von Handlungsmöglichkeiten. Weiterhin ist das Handeln durch den Umgang mit anderen charakterisiert, die ihrerseits durch bestimmte Handlungsmöglichkeiten, die sich in Haltungen niederschlagen, geleitet werden. [...]. [Es (O.L.)] muss ein ›intersubjektiver Spielraum der Verlässlichkeit‹ [...] entstehen, dem Haltungen zugrunde liegen – ›Tugenden‹, griechisch *aretai* –, die diesen Spielraum tragen.‹ (9:48) Tugenden sind Haltungen oder Dispositionen, die charakterlich verankert sind und von einer gewissen zeitlichen Kontinuität getragen werden. Sie stellen eine von Lebenswelt und sozialem und beruflichem Kontext geprägte generelle Grundhaltung dar, die – um einen Begriff des französischen Soziologen Bourdieu (17) zu verwenden – zu einem *Habitus* geworden sind. Die Haupttugenden nach Aristoteles (384–322 v. Chr.) (18–21) sind in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4:

Aristotelische Tugenden als Mitte zwischen Extremen (modifiziert nach Maio (9:61))

Tugenden und ihr Bezug		zu wenig	zu viel
Allgemein	Tapferkeit	Feigheit	Tollkühnheit
	Besonnenheit	Stumpfsinn	Zügellosigkeit
Geld und Besitz	Großzügigkeit	Geiz	Verschwendungssucht
	Hochherzigkeit	Engherzigkeit	Protzerei
Ansehen und Ehre	Hochsinnigkeit	Tiefstapelei	Selbstüberschätzung
	gesunder Ehrgeiz	Gleichgültigkeit	Geltungssucht
	Sanftmut	Phlegma	Zorn
Umgang mit anderen Menschen	Aufrichtigkeit	falsche Bescheidenheit	Aufschneiderei
	Gewandtheit	Steifheit	Possenreißerei
	Freundschaft	Unterwürfigkeit	Rechthaberei
Politisches Leben	Gerechtigkeit		
	- verteilende Gerechtigkeit		
	- legale Gerechtigkeit		
	- ausgleichende Gerechtigkeit		

Auf Unterschiede zwischen den platonischen und aristotelischen Tugenden oder Besonderheiten der Tugend- und Glückslehre Epikurs oder der Tugendlehre der griechischen und römischen Stoa (11) kann hier nicht im Detail eingegangen werden, hierzu sei auf die ausführliche Darstellung bei Maio (9) und auf weiterführende Literatur (3,6,18-21) verwiesen.

Die **Diskursethik** geht auf die Frankfurter Philosophen Karl-Otto Apel (1922–2017) und Jürgen Habermas (geb. 1929) zurück (22,23). »Im Zentrum steht der Mensch, der durch Handlung, Sprache und Kommunikation Anliegen der Vernunft verwirklicht. Nur im freien Austausch zwischen Menschen können Geltungsansprüche ausgehandelt und bestätigt werden. Was tun wir, wenn wir in einen Diskurs eintreten? Wir gehen von unseren Bedürfnissen, unseren Lebenswelten und unseren Zielen aus und haben ein Interesse daran, unsere Perspektiven für andere verständlich und nachvollziehbar zu machen. Niemandem wird das gelingen, wenn er Argumente manipulativ einsetzt oder den Anderen nicht als gleichberechtigten Partner anerkennen will. *Zwang* darf in einer idealen Diskurssituation einzig von der Überzeugungskraft des besseren Arguments ausgehen. Karl-Otto Apel sieht die Diskursethik als ein Projekt, zwischen Sinn- und Zweckorientierungen zu vermitteln.« (6:101-2) In der Habermas'schen Auffassung einer Diskursethik

dominiert die Vorstellung, eine Norm sei nur insoweit gerechtfertigt, wenn sie von allen ohne Zwang akzeptiert werden könne.

Die **Ethik der Gerechtigkeit als Fairness** des von Kant beeinflussten amerikanischen Philosophen John Rawls (1921–2002) will ein Modell für ein soziales System entwerfen, das durch die Verringerung des Zufalls in unserem Leben Gerechtigkeit schafft. Seine Gerechtigkeitstheorie ist eine Theorie der *Verfahrensgerechtigkeit* (24). ›Je knapper die Güter sind, die verteilt werden können, umso wichtiger werden Verfahren, gleiche Rechte für alle zu sichern, den sozialen Frieden zu stärken und soziale Ungleichheit nur dann zuzulassen, wenn sie mit Vorteilen für die am wenigsten Begünstigten verbunden sind.‹ (6:101) ›Nach diesem Modell würde man die am meisten Bedürftigen bevorzugt behandeln und im Interesse der Bedürftigen eine Einbuße an Effizienz, Gleichheit und Freiheit in Kauf nehmen.‹ (9:134–5)

Die **kommunitaristische Ethik** von Amitai Etzioni (1929–2023) geht von der Commitment- oder Involvement-Forschung aus, die die Faktoren für die Identifikation der Mitarbeiter mit und ihr Engagement für die Philosophie einer Organisation untersucht und festgestellt hat, dass Organisationen, die die Werte ihrer Mitglieder teilen, erfolgreicher sind als solche, die nur durch Kontrolle oder mit Hilfe von Anreizsystemen funktionieren. Etzionis makrosoziologische Theorie politischer und gesellschaftlicher Prozesse ist inhaltlich geprägt durch ein theoretisches Plädoyer für die gesellschaftliche Selbstregulation (25, 26). Er plädierte sowohl für eine *Responsivität*, d.h. für die Möglichkeit einer Organisation oder Gesellschaft, sensibel auf Anliegen ihrer Mitglieder zu reagieren als auch für ein engagiertes selbstbestimmtes Handeln kollektiver Akteure in der Gesellschaft. Etzioni fasst das Ziel seiner gesellschaftstheoretischen Überlegungen unter dem Stichwort *Verantwortungsgesellschaft* (26) zusammen. ›Menschen beziehen sich in ihrem ethisch-moralischen Denken und Tun immer auf soziale Netzwerke, in denen sie Unterstützung geben und ihrerseits Unterstützung finden wollen. Der Mensch ist in diesem Modell nicht nutzenorientiert, wie das der Utilitarismus voraussetzt. Moralische Faktoren werden gerade dann bedeutsam, wenn sie das zweckrationale Verhalten stören und stattdessen Orientierungen jenseits des Egoismus-Prinzips zur Geltung bringen.‹ (6:102)

Welche Ethik braucht die Medizin?

Die Vielzahl konkurrierender Ethiken macht es erforderlich, sich Klarheit darüber zu verschaffen, welchen Hintergrund die verschiedenen Autoren hatten, welche Interessen (ökonomische, sozialreformerische, organisationssoziologische, gesellschaftspolitische u.a.m.) sie hatten und welche Zielsetzung sie mit der Ausarbeitung ihrer Lösungsvorschläge für ihr Interessengebiet verfolgten. Wenn man dies Revue passieren lässt, fällt es leichter, zu entscheiden, welche der z.B. oben kurz angerissenen Ethiken für Problemsituationen in der Medizin ggf. geeignet sein könnte. So fokussiert z.B. die Diskursethik auf gesellschaftliche Probleme wie z.B. die Geltung sozialer Normen ermittelt und festgelegt werden sollte. Sie ist eher makrosoziologisch ausgerichtet und weniger geeignet für mikrosoziologische Analysen wie Diskurse zwischen zwei Personen, die in der Patient-Arzt-Beziehung im Vordergrund stehen. Rawls Theorie der Gerechtigkeit verfolgt philosophische und politische Ziele, der Utilitarismus ökonomische und politische Ziele, Etzionis Kommunitarismus die Verantwortung sozialer Klein- und Großgruppen unter-

einander und für das soziale Ganze. Kants Pflichtenethik ist zwar universalistisch und gilt für jedermann, der Grundbegriff, dass eine gewisse Art von äußerem Handeln unter gewissen Umständen getan werden sollte, ist jedoch sehr abstrakt und nicht immer leicht und widerspruchsfrei auf konkrete Situationen anwendbar. Der Grundbegriff der Tugendethik ist dagegen der einer Disposition oder Lebensweise, etwas, das man hat oder nicht hat, etwas wie einen Leitstern des moralisch Gutem und einen Kompass der Tugenden.

Der amerikanische Arzt Edmund D. Pellegrino (1920 – 2013) hat in den 70er und 80er Jahren für die generalistisch orientierte internistische Praxis eine modifizierte Tugendethik vorgelegt (27,28), die auf Verständnis und Würdigung der verletzten und verwundeten Menschlichkeit des Patienten gründet und die der aristotelischen Tugend der Urteilskraft (*phronesis*) eine zentrale Bedeutung in der ärztlichen Ethik zuspricht (27,28) – ein Aspekt, dem in den ethischen Debatten hierzulande wenig Beachtung geschenkt wurde und wird. **Pellegrinos Revitalisierung und Neubewertung der Tugendethiken** von Aristoteles (384–322 v. Chr.) und Thomas von Aquin (1225–1274) stellt ›im großen Ganzen [...] keine Preisgabe einer auf Rechten oder Pflichten begründeten Ethik dar, sondern eine wiedergewonnene Erkenntnis, dass Rechten und Pflichten zum Trotz deren moralische Wirksamkeit von der Disposition und den Charakterzügen unserer Mitmenschen abhängen. [Absatz]. Dies gilt insbesondere in der medizinischen Ethik, wo den Kranken seine Verletzbarkeit und Abhängigkeit zwingen, nicht bloß auf seine Rechte zu vertrauen, sondern auch auf die spezifische Person, die der Arzt ist. [...]. In der Krankheit, wo wir am leichtesten auszubeuten sind, sind wir am meisten von der besonderen Person abhängig, die das Rechte und Gute bezweckt und tut, weil sie faktisch nicht anders handeln kann.« (27:41-2)

Pellegrino unterstützt Aristoteles' Lehre von der rechten Mitte zwischen den Extremen und die aristotelische Differenzierung in Tugenden des Verstandes (*dianoetische*) und Tugenden des Charakters (*ethische*). ›Die ersteren gewinnen Ursprung und Wachstum vorwiegend durch Lehre, weshalb sie Erfahrung und Zeit brauchen, die letzteren sind das Ergebnis von Gewöhnung. [...]. Tugend ist nicht einfach eine Leidenschaft oder eine Leistung, sondern eine ›charakterliche Grundhaltung [18].‹ (27:45) Die ›Verbindung von charakterlicher Grundhaltung, Wissen und wohlüberlegter Entscheidung ist konstitutiv für eine tugendhafte Person.‹ (27:46). Pellegrino zufolge ›ist der tugendhafte Mensch jemand, dem wir zutrauen können, dass er gewohnheitsmäßig in einer ›guten‹ Weise handelt – tapfer, ehrenhaft, gerecht, klug und maßvoll‹ (27:50). Vom tugendhaften Arzt ist zu erwarten, dass er dem Guten in der Medizin verpflichtet ist, ›dem Wohl des Patienten [...], denn das ist das Endziel, welches Patient und Arzt offensichtlich anstreben.‹ (27:51) und dass er die aristotelischen Tugenden ›Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß, Seelengröße, Edelmut, Großzügigkeit, Versöhnlichkeit, Klugheit, Weisheit‹ [von denen nicht jede in jeder Entscheidung erforderlich ist (O.L.)] ›unter Beweis stellt, wenn sie gebraucht werden, und dass er gewohnheitsmäßig dazu disponiert ist, so dass wir uns darauf verlassen können.‹ (27:55) Ich teile Pellegrinos Einschätzung: ›Einige Zweige der Medizin scheinen eine striktere und allgemeinere Befolgung der Tugenden zu erfordern. Allgemeinärzte, zum Beispiel, die mit den empfindlicheren Facetten und Nuancen von Leben und Menschlichkeit eines Patienten zu tun haben, müssen die Tugenden mit mehr Sorgfalt praktizieren als technikorientierte Spezialisten. Je enger die

Fachrichtung, desto leichter lässt sich das Patientenwohl durch Regeln und Statuten von Rechten und Pflichten schützen; je breiter die Fachrichtung, desto bedeutsamer sind die Charakterzüge des Arztes. Kein Zweig der Medizin jedoch kann ohne eine gewisse Hingabe an einige der Tugenden praktiziert werden.« (27:56)

Dem spezifischen Kontext in der Medizin werden insbesondere die Begründer der modernen Medizinethik, **Thomas L. Beauchamp** (geb. 1939) und **James F. Childress** (geb. 1940), mit ihrem **Vier-Prinzipien-Modell** gerecht. In ihrem 1979 erschienenen Buch *Principles of Medical Ethics* (29), das inzwischen in einer 8. Auflage vorliegt, haben sie den Respekt der Autonomie (*autonomy*), das Prinzip des Nicht-Schadens (*nonmaleficence*), das Prinzip der Fürsorge (*beneficence*) und das Prinzip der Gerechtigkeit (*justice*) als die tragenden medizinethischen Prinzipien herausgestellt.

Vorrangstellung und Betonung des **Prinzips der Autonomie** des Patienten brechen mit der traditionellen paternalistischen Sicht der Rolle des Arztes, betonen die Mündigkeit des Patienten und machen Ernst mit Kant's Würde und Selbstgesetzlichkeit eines jeden Menschen und seinem Verbot einer Instrumentalisierung des Menschen. Das Prinzip der Autonomie (29,30) impliziert gemeinsame Entscheidungsfindungen (*shared decision making*) (31) und Aufklärung und Einholung der Einwilligung (*informed consent*) als Vorbedingung für jeden Eingriff. Das **Prinzip des Nicht-Schadens (nonmaleficence)** ist aus der Hippokratischen Schule der antiken Medizin übernommen, in der das *nil nocere* einen zentralen Stellenwert hatte. Das Prinzip des Nicht-Schadens ist eng mit dem Prinzip der Autonomie verbunden. Der »amerikanische Medizinethiker Jay Katz [1922–2008] hat schon 1972 für eine Einteilung des Schadens anhand der damit verletzten Rechte plädiert. Als wesentliche Rechte benennt Katz das Selbstbestimmungsrecht, das Recht auf psychische Integrität und das Recht auf physische Integrität. [...]. Eine andere Möglichkeit der näheren Bestimmung des Schadens ist von dem US-amerikanischen Bioethiker Eric M. Meslin entwickelt worden [...].« (9:124) Meslin unterscheidet zwischen objektivem Schaden (z.B. Beeinträchtigung einer körperlichen Funktion, Verletzung, Missachtung von Interessen) und subjektivem Schaden (z.B. Schmerz, Nichterfüllung einer Präferenz, sittlicher Schaden) (9:124). Das **Prinzip der Fürsorge (Prinzip des Wohltuns)** beruht pflichtentheoretisch auf einer unterschiedlichen Pflichtenart als das Prinzip des Nicht-Schadens. Die Pflicht zum Wohltun (*beneficence*) stellt eine positive Tugendpflicht dar, während es sich bei der Pflicht, nicht zu schaden, um eine negative Pflicht, eine Unterlassungspflicht, handelt. Zum vertieften Studium spezieller ethischer Aspekte in der Medizin sei auf weiterführende Literatur verwiesen (32–46).

Tabelle 5:

Ethische Herausforderungen in Forschung, Diagnostik, Therapie und Palliativmedizin
 (modifiziert nach Beckmann JP. Ethische Herausforderungen der modernen Medizin. Freiburg
 – München: Verlag Karl Alber; 2009.)

Forschung

- | | |
|----------------------------|---|
| - Stammzellforschung | Status des extrakorporalen frühen menschlichen Embryos
Schutz der Embryonen in der Forschung
ethische Analyse des Klonens im Humanbereich |
| - Verteilungsgerechtigkeit | Triage in Notfallsituationen
Herausforderungen in Pandemiezeiten |
-

Diagnostik

- | | |
|-------------------------|---|
| - Genetische Diagnostik | anthropologische und ethische Aspekte
(gen-) informationelles Selbstbestimmungsrecht
Gentests und Versicherungen
Pharmakogenomik und Pharmakogenetik |
| - Hirntod-Feststellung | Methoden zur Hirntod-Feststellung
Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen bei apallischem Syndrom |
-

Therapie

- | | |
|---------------------------|--|
| - Transplantationsmedizin | ethische Fragen der Organ- bzw. Gewebetransplantation
ethische Fragen der Xenotransplantation
menschliche Identität und Transplantation tierischer Organe
Inanspruchnahme von Tieren zu Transplantationszwecken |
|---------------------------|--|
-

Palliativmedizin

- | | |
|------------------------------|---|
| - Patientenverfügung | Selbstbestimmung versus Lebensschutz? |
| - Palliativmedizin und Ethik | Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
ethische Aspekte bei aktiver und passiver Sterbehilfe
Künstliche Ernährung am Lebensende |
-

Im Gegensatz zu den in der Patient-Arzt-Beziehung im Vordergrund stehenden Prinzipien der Autonomie, des Nicht-Schadens und der Fürsorge fokussiert das **Prinzip der Gerechtigkeit** mehr auf allgemeinere Aspekte der Medizin insgesamt, wie z.B. den Zugang zum Medizinsystem oder Triage und Verteilungsgerechtigkeit (45) oder die gerechte Zuteilung der knappen Spenderorgane. In den vergangenen Jahren haben Fragen

der Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie an Bedeutung gewonnen (45,46). Zu Diskussionen um konkretere Ausformungen des Gerechtigkeitsprinzips in Gleichheitsmodell (Egalitarismus), Freiheitsmodell (Liberalismus), Effizienzmodell und Fairnessmodell sei auf weiterführende Literatur verwiesen (9:130–138, 33,36,43). Auch speziellere medizinethische Methoden wie narrative Medizinethik (47–50), kasuistische Medizinethik (6,47–49) und die im Pflegebereich präferierte Fürsorgeethik (*care ethics*) (51,52) sollen hier nicht im Detail erörtert werden. Zur Kasuistikethik hat Rainer Otte angemerkt, dass es kaum Kasuistiken gibt, die aus der Sicht und in der Sprache einer betroffenen Patientin oder eines betroffenen Patienten Problemsituation und Schwierigkeiten der Entscheidungsfindung darstellen (6). Darüber hinaus hat er bemängelt, dass Kasuistiken z.T. geschönt und allein aus Sicht des Arztes dargestellt werden, dass die Darstellungsweise mitunter interessengeleitet ist und eine Perspektive anderer Beteiligter wie Angehörige oder Pflegepersonen fehlt (6,51,52).

Der in den 80er Jahren einsetzende Auftrieb an **ethischen Debatten zu diversen medizinischen Problemen** wie z.B. Stammzellforschung, genetische Diagnostik, Hirntod-Feststellung, aktive und passive Sterbehilfe, Transplantationsmedizin u.a.m. (38,39,41,53–56) (siehe Tabelle 5) hat zu verstärkter Etablierung medizinethischer Aspekte in der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte (43) sowie zur Etablierung von Ethik-Kommissionen und Schaffung ethischer Konsiliardienste in größeren Kliniken geführt (44). Der ehemalige Gütersloher Psychiater **Klaus Dörner** (1933–2022) hat recht, dass Gefahren entstehen, »wenn Ärzte sich philosophisch und ethisch für so minderwertig halten [...], dass sie sich damit begnügen, die für sie gültige Ethik von außenstehenden Ethikexperten importieren zu lassen.« Er prangert das darin enthaltene »Selbstverständnis – also ethisch-neutrale Fachlichkeit, die durch Experten von außen ethisch fremdbefruchtet wird – [...]« (42:211) an und kann nicht nachvollziehen, dass andere dies als empfehlenswertes Modell bezeichnen.

Angesichts des Ethik-Booms um die Jahrtausendwende, dem Zeitpunkt, an dem er sein Buch *Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung* (42) veröffentlichte, fragt er sich: »Wird nicht meine Wissenschaft, die Medizin – im Ansatz zwar richtig in der Übertreibung aber falsch – so sehr auf eine unmenschliche, wertfreie Naturwissenschaft reduziert, dass es dann logisch klingt, ihr nur durch Entwicklungshilfe von außen den Umgang mit Werten beibringen zu können?« (42:6) Er beklagt, »dass meine ärztliche Standesorganisation, die ärztliche Selbstverwaltung, [...] aus sich heraus zur ethischen Reflexion der moralischen Orientierung ärztlichen Handelns so unfähig ist, dass auch hier eine Pfropfethik von außen und oben die einzige Rettung sei?« (42:6). Er macht deutlich, »dass es dem Arzt nicht erlaubt ist, Ethik primär anderen Berufsgruppen zu überlassen; denn die gegenwärtige Ökonomisierungswelle [...] vergrößert auch den Einfluss dazu passender – in diesem Fall am ehesten utilitaristischer – Philosophien, abzulesen an der »Qualitätsoffensive« oder der »Lebensqualität«, Konzepte deren Verführungspotential so groß ist, weil Qualität etwas ist, wovon alle endlos immer mehr haben wollen. [Absatz]. Aus diesen Gründen **habe ich als Arzt** aus meiner eigenen Empirie, meinen Beziehungen, meinem Handeln, meiner Medizinphilosophie **meine ärztliche Ethik primär selbst zu entwickeln**, in diesem Prozess freilich stets offen und lernbereit für Beiträge von anderen Philosophen und aus anderen Fachgebieten. Da dies so ist und da Institutionen die fatale Neigung haben, wichtige Aspekte in Spezialangebote einzukapseln, um ihre

Sprengkraft für das Ganze unschädlich zu machen, bin ich freilich auch skeptisch gegenüber den zahlreichen, sicher wohlmeinenden Vorschlägen der Schaffung ethischer Konsiliardienste, Ethik-Komitees, Ethik-Kommissionen oder Patientenberater. Allzu leicht könnte ich mich dadurch als ›normaler‹ Arzt von meiner eigenen Ethikentwicklung, ein ›verwundeter‹ Heiler zu sein, entlasten, mich auf die ohnehin schon schwierige ständige Verbesserung meiner Fachlichkeit beschränken und das ethische Geschäft den Spezialisten überlassen.‹ (42:212). Auch Otte meldet ›eine erhebliche Skepsis gegenüber Ambitionen an, Ethik auf dem Importweg über hinzugezogene Kommissionen oder moralische Consulting-Dienstleister zu beziehen, um verbrauchte Sinnbestände wieder auffrischen zu lassen.‹ (6:13) Dörner zitiert Uexküll und Wesiak: ›Es wird Zeit, aus der Heilkunde selbst die ethischen Richtlinien zu entwickeln, die in ihr angelegt sind‹, statt sich von Theologen, Philosophen und Juristen ethisch fremdbestimmen zu lassen [...].‹ (42:22) Bevor ich auf Dörners Schlussfolgerungen zu sprechen komme, sei – auch zum besseren Verständnis dieser Schlussfolgerungen – zunächst Kurt Bayertz' Frage nach der Herkunft der Moral eingefügt.

Woher kommen Ethik und Moral? Sind Werte theoretische oder reale Entitäten?

Der Münsteraner Philosoph und Ethiker Kurt Bayertz (geb. 1948) ist in seinem Buch *Warum überhaupt moralisch sein?* (7) der Frage nachgegangen, wo die Moral herkommt. Die Gründe, moralisch zu sein, fallen ›an ihrem Beginn mit religiösen Gründen zusammen [...]. Die Geltung der Moral, ihr Sollenscharakter, geht dieser Überzeugung zufolge auf die Autorität der Götter zurück.‹ (7:76)

›In den verschiedenen Kulturen kann der Weg, der von dem moralisch Geforderten auf die Götter zurückführt, ebenso unterschiedlich sein wie der Inhalt des moralisch Geforderten.‹ (7:76). Die Bezugnahme auf die Götter spielt im ethischen Denken der Antike eine untergeordnete Rolle, im Fokus steht die Bestimmung und Festlegung auf Ziele und Güter, nach denen man streben sollte, wenn man ein gutes Leben führen will. ›Andererseits in der jüdisch-christlichen Mythologie. Das Alte Testament berichtet an prominenter Stelle von expliziten und direkten Anweisungen Gottes an die Menschen: Moses hatte sie in Gestalt der Zehn Gebote auf dem Berg Sinai von Gott erhalten und als Gesetz bei den Juden eingeführt. Von den Propheten wird dieser Normenkatalog immer wieder in Erinnerung gerufen, wenn die Menschen ihn vergessen oder vernachlässigen. Die jüdische Ethik ist eine Ethik des göttlichen Gesetzes.‹ (7:77). Gott wirbt nicht um die Gunst der Menschen, er gebietet: Du sollst nicht töten. Aus der ›Differenz zwischen der griechisch-römischen und der jüdisch-christlichen Mythologie [...] ergibt sich demnach [aus der ersteren (O.L.)] eine menschenfreundliche *Strebensethik*, aus der zweiten eine autoritäre *Sollensethik* [...].‹ (7:77). Eine theonome Deutung der Moral stellt zum einen ›eine verständliche und plausible Deutung des Sollens bereit‹ und zum anderen ergibt sich daraus auch die für moralische Normen ›charakteristische Präskriptivität als Ausdruck des Willens eines göttlichen Gesetzgebers‹ (7:77).

Bayertz fragt, warum sollten wir tun, was die Götter gebieten, und legt selbst die Antwort nahe, weil sie über eindrucksvolle Möglichkeiten der Bestrafung verfügen. Auch das

Christentum hält an einer göttlichen Gerechtigkeit fest, lässt aber die göttlichen Sanktionen erst im Jenseits wirksam werden. Noch bei dem Philosophen der Aufklärung, John Locke (1632–1704), findet sich die Überzeugung, dass ›der wahre moralische Grund für die Geltung der moralischen Regeln nur in dem Willen und dem Gesetz eines Gottes bestehen kann, der die Menschen im Dunkel sieht, der in seiner Hand Lohn und Strafe hält und Macht genug besitzt, um den hochmütigsten Übertreter seines Gesetzes zur Rechenschaft zu ziehen.‹ (7:79). Die heutige Differenzierung zwischen religiöser und moralischer Pflicht gab es zu Zeiten des Alten Testaments noch nicht. Der göttliche Befehl an Abraham, seinen Sohn zu opfern, stellt für uns heute eine Provokation für das moralische Bewusstsein dar (57). Solange die Moral auf Gesetzen gründet, die Gott für den Menschen geschaffen hat, ›macht es Sinn, die Moral als eine Verpflichtung aufzufassen. [...]. Wenn hinter der Moral aber nicht mehr der Wille und das Gebot Gottes stehen, dann wird plötzlich vollkommen unklar, was die Rede von einer Pflicht überhaupt noch bedeuten soll.‹ (7:90)

Die von Bayertz aufgezeigte Differenz zwischen jüdisch-christlichen Mythologie und der griechisch-römischen Mythologie und der sich aus ersterer ergebenden *Sollensethik* und der aus zweiteren ergebenden *Strebensethik* (7:77) war für den Tübinger Philosophen Hans Krämer (1929–2015) Anlass, für einen ›dritten Weg‹ der ethischen Theoriebildung zwischen normativ ausgerichteter Moralphilosophie mit Kants Zuspitzung der praktischen Philosophie auf die Sollensforderung des *Kategorischen Imperativs* einerseits und antiken Tugend- und Glücksethiken andererseits zu plädieren. Martin Endreß zufolge ist ›das Verdienst der *Integrativen Ethik* nicht zuletzt darin zu sehen, gegen die diskurs-ethischen Behauptung eines reduktionistischen prozeduralistischen *ethischen* Paradigmas Einspruch zu erheben‹ (58:12) und ›zu zeigen, dass es gerade der aufmerksame Blick auf die Komplexivität moderner Lebensverhältnisse ist, der umgekehrt zu einer Komplexitätssteigerung auch des ethischen Argumentationsdesigns führen muss.‹ (58:12), Krämer insistiert darauf, dass Ethik ›ihren Sinn nur in der Praxis hat und sich darum auf deren dauernd veränderliche Bedingungen einstellen muss.‹ (58:19)

Für den Philosophen und kritischen Realisten Nicolai Hartmann (1882–1950) waren Werte als ideale Wesenheiten *ansichseiend* und bedurften nicht einer Setzung durch Menschen. Aber in der Realität ›bedarf es zur Aktualisierung des von ihnen ausgehenden Seinsollens einer *Setzung*. Ein reales Subjekt muss sie *setzen* – im Gegensatz zu dem, was schon *ist*.‹ (7:94, 59,60) Doch wie kann man sich eine *creatio ex nihilo* vorstellen? Der niederländische Primatenforscher Frans de Waal hat die Evolution der Moral bei höheren Säugetieren ausführlich beschrieben (61,62). Der Primatenforscher und Kulturanthropologe Michael Tomasello hat in seinem Buch *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens* (63) seine Theorie der dualen Vererbung (*dual inheritance theory*), ›nach der die ausgereiften Phänotypen vieler Arten von der biologischen und kulturellen Erbschaft ihrer Vorfahren abhängen‹ (63:26), ausführlich dargestellt und begründet. Wir erben von unseren Eltern nicht nur die Gene, sondern auch die Umwelt, die Lebenswelt, in die wir hineingeboren werden und mit der Lebenswelt auch die in ihr geltenden moralischen Vorstellungen und Forderungen. Bayertz zufolge bietet es sich an, auf der Grundlage der Hartmann'schen Vorstellungen (59,60) ›einen Typus ethischer Theorie zu entwickeln, der heute oft als *moralischer Realismus* bezeichnet wird (7:96ff). Diese Theorie hebt die grammatische Ähnlichkeit zwischen deskriptiven und präskriptiven Äußerungen hervor und

führt sie auf eine sachliche Gemeinsamkeit zwischen beiden zurück: Wie wir auf etwas *Wirkliches* oder *Reales* verweisen, wenn wir ein Blatt als ›grün‹ bezeichnen, so verweisen wir auf etwas Wirkliches oder Reales, wenn wir eine Handlung als ›grausam‹ oder ›fürsorglich‹, als moralisch ›verboten‹ oder ›geboten‹ charakterisieren. Der moralische Realismus behauptet also, dass die Moral eine objektive Grundlage ›draußen‹ in der Welt hat: dass sie sich (ähnlich wie deskriptive Aussagen) auf eine Art von ›moralischer Wirklichkeit‹ bezieht [...].‹ (7:96). Diese Sicht impliziert, dass man moralisch sein soll, weil es objektiv gut und richtig ist. Vorteile eines moralischen Realismus sind in Tabelle 6 aufgelistet.

Tabelle 6:

Vorteile eines moralischen Realismus (nach Bayertz (8:97ff))

-
- Der moralische Realismus passt mit unserem vorphilosophischen Alltagsverständnis gut überein.
 - Der moralische Realismus stellt eine klare und starke Gegenposition gegen skeptische, subjektivistische, relativistische oder voluntaristische Einwände dar.
 - Der moralische Realismus kann einige grundlegende Eigenschaften moralischer Prinzipien und Urteile erklären, wie z.B. den kategorischen Geltungsanspruch, den kognitiven Inhalt u.a.m..
 - Der moralische Realismus relativiert zumindest oder beseitigt den Dualismus zwischen der moralischen Welt und der übrigen Welt.
-

Auf die schwierige Frage, ob die Moral – ähnlich wie die Logik und die Mathematik – Teil der natürlichen Weltordnung ist, antwortet Bayertz: ›Auch die Naturwissenschaften verwenden Begriffe und Aussagen, die nicht auf Beobachtungen reduzierbar sind: *Elektronen* in der Physik, *Arten* in der Biologie; dasselbe gilt für die Sozialwissenschaften: *Status* in der Soziologie oder *Bruttosozialprodukt* in der Ökonomie. Wenn wir beliebige Organismen untersuchen, stoßen wir nirgends auf ›Arten‹ und doch glauben wir, dass dieser Begriff etwas Objektives bezeichnet. Könnte es sich mit den moralischen Tatsachen nicht ähnlich verhalten wie mit den theoretischen Objekten, Eigenschaften oder Prozessen, die in den Wissenschaften Verwendung finden? Es *könnte*! Dass sie nicht beobachtbar sind, ist kein Beweis ihrer Nichtexistenz.‹ (7:100) – oder wie es im Englischen heißt: *Absence of evidence is not evidence of absence*! In der Atomphysik hat man aus experimentellen Untersuchungen auf die Existenz von Elektronen geschlossen und diese als *theoretische Entitäten* oder logische Konstruktionen bezeichnet (64:43ff). Erst als etliche Jahre später messbare Auswirkungen dieser hypothetischen Entitäten nachgewiesen werden konnten, galt ihre Existenz als objektiv erwiesen. Ian Hacking vertritt seitdem einen wissen-

schaftlichen Realismus: ›Was mich betrifft, gilt: Wenn man sie versprühen kann, sind sie real.‹ (64:47) Sind Werte und moralische Normen *theoretische Entitäten* draußen in der Welt? Werden Philosophen und Ethiker, wenn sie die Netze der Habermas-Apel'schen Diskursethik engmaschiger knüpfen, Werte und moralische Normen einfangen können? Nicolai Hartmann hat Werte als *ansichseiende ideale Wesensheiten* angesehen, die der Setzung durch den Menschen nicht bedürfen (7:94, 59,60) – d.h. als so etwas wie theoretische Entitäten oder Konstrukte eines lebensweltlich gegebenen normativen Orientierungswissens, die resistent gegen Widerlegungsversuche sind und mit deren Existenz wir rechnen sollten.

Leib- und Kontextgebundenheit ethischen Handelns

Ich bewundere Charles Taylors (geb. 1931) kulturhistorische Suche nach den *Quellen des Selbst* und der Moral (5) (siehe entsprechendes Kapitel im vorliegenden Buch) und teile seine Kritik an der dominierenden sprachanalytischen Herangehensweise vieler seiner philosophischen Kollegen. Charles Taylor hat recht, wenn er an der Habermas'schen Diskursethik kritisiert, dass etwas Wesentliches durch ihr Raster fällt, nämlich ›die Suche nach Moralquellen *außerhalb* des Subjekts durch Sprachen, die im *Inneren* des Subjekts Resonanz finden: das Begreifen einer Ordnung, die unabtrennbar mit dem Index einer persönlichen Sichtweise versehen ist.‹ (5:880). Im Gegensatz zur Habermas'schen prozeduralen Auffassung der Vernunft (23) handelt es sich ›nicht um die Erkundung einer ›objektiven‹ Ordnung im klassischen Sinne einer öffentlich zugänglichen Realität, sondern diese Ordnung ist nur durch persönliche – daher ›subjektive‹ – Resonanz erreichbar.‹ (5:881). Resonanz ist – wie der Soziologe Hartmut Rosa herausgearbeitet hat – das entscheidende Grundelement menschlicher Weltbeziehungen, sei es im körperlichen, emotionalen, evaluativen oder kognitiven Modus (65). Resonanz ist nicht planbar und machbar, Resonanz ereignet sich, ist unverfügbar (66).

Für mich schließt sich hier der Kreis zu Nicolai Hartmanns Überzeugung, dass Werte ideale und *ansichseiende Wesensheiten* sind, die der Setzung durch ein Subjekt nicht bedürfen. Aber – und das ist wichtig – ›im Realen genügt dieses Ansichsein nicht. Hier bedarf es zur *Aktualisierung* [Kursivdruck durch O.L.] des von ihnen ausgehenden Seinsollens einer *Setzung*. Ein reales Subjekt muss sie *setzen* – im Gegensatz zu dem, was schon *ist*. (7:94). Taylor zufolge könnte diese Setzung auf (verbaler An-)Sprache beruhen, ›die im *Inneren* des [anderen (O.L.)] Subjekts Resonanz findet‹ (5:880).

In Emmanuel Levinas (1915–1995) ›Elementarethik‹ und ›Ethik ohne Theorie‹ (67:39) ist der Setzende der Andere, von dessen Antlitz das eigene Selbst sich affizieren lassen muss und auf dessen missliche Lage das eigene Selbst sich einlassen und resonant reagieren muss (67,68). Dies ist von Bernhard Waldenfels zur eingangs zitierten leibphänomenologischen Überzeugung erweitert worden: ›Das Ethos beginnt auf der Ebene der Sinne. [...]. Ein Hinsehen und ein Hinhören, das ein Wegsehen und ein Weghören einschließt, bedeutet, dass ein Anspruch des Anderen laut wird, der früher ist als alle Normen, Werte und Beurteilungen, als alles Pochen auf Geltungen.‹ (2:388-89). Die alltägliche zwischenmenschliche Erfahrung, dass Ausdruck Eindruck macht, der seinerseits wieder Ausdruck macht oder – anders formuliert – dass Peters Verhalten Pauls Erfahrung beeinflusst und umgekehrt Pauls Verhalten Peters Erfahrung beeinflusst (69:20), ist

eine Erkenntnis, die Emanuel Levinas zu einer Philosophie der zwischenmenschlichen Begegnung erweitert hat (68). Und der Soziologe Hartmut Rosa betont die Unverfügbarkeit und Nicht-Planbarkeit von echten Begegnungen (66).

Braucht es dazu eines eigenen moralischen Sinnes, wie Taylor vermutet hat? Oder stellt die synchrone Integration der Sinne, der Sinn der Sinne, dasjenige dar, was als *common sense* bezeichnet wird, dasjenige, das Resonanz erzeugen kann? Und was ist mit *common sense* gemeint, nur *gesunder Menschenverstand* oder *Gemeinschaftstiftender Sinn* (42:39)? Und warum ist *common sense* im wirklichen Leben ›not so common‹? Der Medizinethiker Ellos hat – was sich in anderen Büchern zur Ethik nicht findet – in seinem Buch *Ethical Practice in Clinical Medicine* (3) ein separates Kapitel der Ethik des amerikanischen Pragmatismus gewidmet (70:91-127). William James' (1842–1910) ethische Überlegungen knüpfen an seine religionsphilosophischen Schriften an und betonen die Bedeutung der Hoffnung, ein Aspekt, der ihm selbst in der Überwindung depressiver Phasen geholfen haben soll (70:94). James verknüpft oft unbewusste und intuitive ästhetische Prinzipien, die im kognitiven Denken eine Rolle spielen, mit ethischen Prinzipien, Regeln und Argumenten. Ethische Argumente könnten in einer schwierigen oder schlimmen Situation Hoffnung bringen und helfen, die Situation zum Bessern zu wenden (70:101). Auf die Bedeutung der Hoffnung und der Erwartung des Patienten ist in jüngster Zeit insbesondere von Benson (71), Spiro (4) und Groopman (72) hingewiesen worden.

Dem amerikanischen Philosophen John Dewey (1859–1952) zufolge bilden wir selten praktische Entscheidungen aufgrund eingehender Abwägung von (sich z.T. widersprechenden) ethischen Prinzipien. ›Rather we work our way much more intuitively through the details of particular cases, weighing and balancing many disparate factors until we come to some sort of a clarity.‹ (70:109) Auch Braude unterstreicht die Rolle der Intuition in der klinischen Entscheidungsfindung (73). Dewey ist sich der Besonderheiten ärztlicher Entscheidungsfindungen voll bewusst: ›The many complex cases which they deal with so often on a regular basis over the course of many years of practice make them aware that they are deeply involved in ethics at almost all times.‹ (70:109) Dewey zufolge bilden wir im Laufe der Zeit für uns selbst ein Muster der Entscheidungsfindung aus, mit dem wir gut gefahren sind und an dem wir festhalten (70:109). Die jeweilige Situation und der Kontext bestimmen mit, welche ethische Regel (z. B. *salus aegroti suprema lex* oder *voluntas aegroti suprema lex* (38)) wir im konkreten Fall befolgen (70:110). (Siehe Abbildung 1).

Dewey beschreibt, wie in der Medizin strukturierte ethische Diskurse angehenden Ärztinnen und Ärzten helfen können, sich Klarheit über verschiedene ethische Positionen zu verschaffen und wie die dabei involvierten affektiven, emotionalen und kognitiven Faktoren die Persönlichkeit entwickeln und festigen (70:111ff). Dewey stellt klar, dass das ethische Diktum *do no harm* nicht bedeute, ›take no or little action‹ (70:118), sondern dass eine umfassende Erörterung der diagnostischen oder therapeutischen Optionen und ein klares und entschiedenes Handeln durch Wahrnehmung von Klugheit, Gerechtigkeit, Mäßigung und Mut das Vertrauen der Patienten stärke (70:118-121). Und Dewey spricht dem Erlebnis von etwas Qualitativen, etwas Ästhetischen, auch bei der Vollendung einer Handlung eine wichtige Rolle bei Entscheidungsfindungen zu.

Abb. 1: Kontextabhängigkeit von *salus aegroti suprema lex* vs. *Voluntas aegroti suprema lex*.

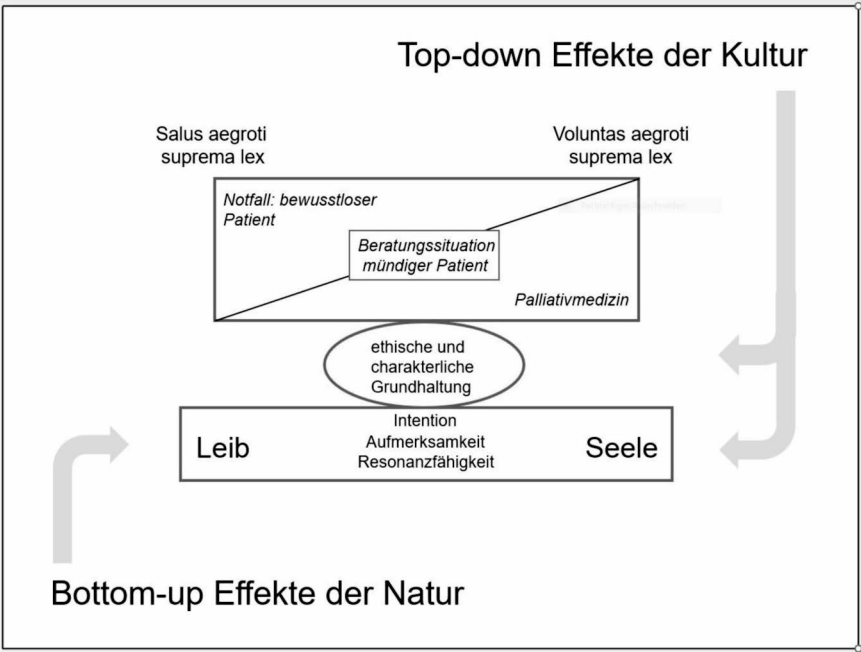


Tabelle 7:

Care versus Cure - Unterschiedliche Herangehensweisen von Hausärzten und Klinikern
(modifiziert, nach Heller G. Die integrierende Funktion des Hausarztes. In: Schäfer H, Sturm E (Hrsg.). Der kranke Mensch. Berlin – Heidelberg – New York: Springer-Verlag; 1986: 230-234.

Hausarzt	Kliniker
Somato-psycho-sozial	somatisch
Multikausal	Monokausal
Holistisch	Reduktiv
Mensch in seiner Umgebung als System	von seiner Umgebung isoliertes Individuum
Arzt als Mensch und Partner	Arzt als fachliche Autorität
Warum kommt der Patient? (problem-orientierte Ursache)	Was ist das Medizinische der Beratungs-ursache?
Offenes Gespräch über das Procedere	Vorgehen nach Checkliste

Im Selbstverständnis ärztlicher Entscheidungen wird oft die Abhängigkeit von der eigenen praxisbestimmenden Metapher (siehe Kapitel 10 zum ärztlichen Selbst und zur ärztlichen Praxis), von Ort und Situation des ärztlichen Handelns, von *setting* und *meaning* und damit die Notwendigkeit differenzierter ethischer Überlegungen verdrängt. Spiro schreibt: ›Physicians once saw themselves as *practitioners* at the bedside and later as *clinicians* in the hospital; now, for the most part, they learn to act like *scientists*, or at least like technicians, in a laboratory. Practitioners see the patient as a person, in whom all parts should be working in harmony. Clinicians concentrate on disease and biological lesions, regarding the very sick in intensive care units as case.‹ (4:5) und präzisiert: ›Cure is directed at disease, and care at patients.‹ (4:2) Spiro verweist auf Cassells Unterscheidung zwischen *doctors* und *healers* (32), zwischen disease und ›illness as the reaction to disease, modulated by culture and psyche. Doctors sometimes cure disease, whereas healers help illness.‹ (4:136) ›Healing has more to do with spirit than with body.‹ (4:137) Heilen tun Wunden von allein, heilen ist ein autopoetischer Prozess, angestoßen von Perturbationen von außen. Für Uexküll und Wesiak hat Heilung mit Ganzheit und Entstehung einer neuen Einheit zu tun (1:149), mit ›einem sprungweisen ›Komplexer-Werden‹ (1:95). Tabelle 7 fasst das vom *setting* abhängige unterschiedliche ärztliche Selbstverständnis, auf das auch Pellegrino hingewiesen hat (27:56), zusammen (73).

Lernen, ethisch zu entscheiden

Das, was Ellos mit dem eingangs zitierten Statement ›The learning and practice of medical ethics in a clinical setting requires many of the same structures and dynamics as the learning and practice of clinical medicine‹ (3:2) deskriptiv beschrieben haben, betonen Uexküll und Wesiak präskriptiv, ›dass wir Ärzte die Verpflichtung haben, unsere kognitiven und emotionalen Probleme unter dem Gesichtspunkt ihres Verflochtenseins mit ethischen Fragen zu reflektieren‹ (1:445). Es ist beileibe nicht immer leicht, vermeintliche Sachfragen von Wissensdefiziten, emotionalem Involviertsein und ethisch-moralischen Fragen zu differenzieren. Viefhues mahnt, dass Ethik konkret sein muss (75), er betont, dass ›die Zeiten einer weitgehenden Übereinstimmung von kirchlichem, gesellschaftlichem und rechtlichem Sittenverständnis vorbei‹ (75:20) sind, er hält eine ›Reflexion grundsätzlicher Standpunkte, um von da aus zu generellen Aussagen zu kommen‹ für eine Marquard'sche ›Emigration ins Prinzipielle‹, ›ins transzendente Wolkentreten‹ (75:20), er warnt vor der Gesinnungsethik, die vor allem normative Standfestigkeit rein halten will, plädiert für eine Verantwortungsethik, die für voraussehbare Folgen eines Handelns aufzukommen hat, und verurteilt eine ›legal ausreichende Minimaletik‹, bei der ›die ethische Problematik zu einer juristischen Frage‹ (75:21) schrumpft. Sein Credo ›Ethik muss konkret sein‹ (75:21) verbietet, ›über die Köpfe aller am konkreten Geschehen Beteiligten hinweg oder im abgeschirmten kleinsten Kreise [zu reden (O.L.)], anstatt wie in anderen Ländern am konkreten Fall von [...] das ethische Problem zu entwickeln.‹ (75:22) Viefhues warnt ›vor dem Ersatz von rationaler Sachkompetenz durch moralisches Raisonement‹ (75:23) und betont, dass es eher Wissensdefizite als Moraldefizite sind, die zu ärztlichen Kunstfehlern oder Katastrophen führen.

Ethik muss konkret sein, muss vom konkreten Fall ausgehen und begriffliche, sachliche, emotionale und ethische Aspekte des spezifischen Problems und der speziellen

Situation in den Blick nehmen. ›Dinge, die wir lernen müssen, bevor wir sie tun können, lernen wir, indem wir sie tun.‹ (76), diese aristotelische Einsicht gilt auch für die verzwickte Differenzierung von Sachfragen und ethischen Aspekten. Die Tugenden des Verstandes, des rationalen Denkens, sind – Aristoteles zufolge – lehrbar; die Tugenden des Charakters sind Tugenden, die aus gewohnheitsmäßigem Handeln resultieren. Das Erlernen des Spielens eines Musikinstruments erfordert Übung, Übung und nochmals Übung, damit daraus Fähigkeiten und Fertigkeiten entstehen können, die in Leib und Charakter ›einverleibt‹ werden. Die Berücksichtigung des Wertebildes des Patienten ist genauso wichtig wie die Berücksichtigung seines Blutbildes. Und gute Gesinnung darf nicht die vernünftige Urteilskraft ersetzen (75:25). Dies lernt man von vorbildhaften ärztlichen Lehrern und dies muss man sich durch gewohnheitsmäßiges Praktizieren ›einverleiben‹ und zur verlässlichen charakterlichen Disposition werden lassen.

Uexküll und Wesiak ›sprechen mit Bedacht von *ärztlicher Ethik* und nicht von einer ›Ethik der Medizin‹. Ethik als Richtschnur für verantwortliches Handeln setzt Handelnde, und das heißt Menschen, voraus, die nach ethischen Richtlinien oder gegen sie handelnd können. Medizin als anonyme Institution ist mit dem Handeln von Ärzten nur indirekt verknüpft, aber die Art dieser Verknüpfung ist für das Problem von entscheidender Bedeutung.‹ (1:452) Auf die damit verbundenen Probleme sind andere unter den Stichworten Strukturtypen ärztlichen Handelns, Hereinreden von Institutionen in ärztliches Handeln (77) und Ökonomisierung des Gesundheitswesens (78) andernorts ausführlicher eingegangen.

Uexküll und Wesiak betonen, ›dass ethische Entscheidungen Konsequenzen eines Menschenbildes sind, von dem wir uns in unserem Verhalten uns selbst und anderen gegenüber leiten lassen‹ (1:445). Mit Ausnahme von Klaus Dörners *Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung* (42) ist dies ein Manko vieler anderer Lehrbücher zur ärztlichen Ethik, die allenfalls marginale und implizite Aspekte eines Menschenbildes enthalten, aber nicht ein Menschenbild als harten Kern einer ärztlichen Ethik betonen. Dass ethische Entscheidungen Konsequenzen eines Menschenbildes sind, hat auch der Darmstädter Philosoph Gernot Böhme in seinem Buch *Gut Mensch sein* (79) betont und im Untertitel *Anthropologie als Proto-Ethik* auf den Punkt gebracht.

Dörner erinnert daran, ›dass in den Hippokratischen Schriften als ›gute Ärzte‹ solche bezeichnet werden, ›die sich aus fremden Leiden eigene Sorgen bereiten‹ und weist auf ›die Doppelbedeutung von Sorge bzw. sorgen‹ hin (42:25). Zum einen: ›die Sorge, der Kummer, der Gram, die Krankheit bzw. Unruhe, Angst quälender Gedanken, die jemand hat und durch die er umgetrieben wird und in Not geraten ist‹ und zum anderen: ›Die Sorge, die ich mir bereite angesichts eines Anderen, der in Sorge ist, meine Bemühung um Abhilfe [...]. Dies tue ich schließlich adjektivisch sorglich, sorgsam, sorgfältig, d.h. besorgt, aufmerksam, genau, auch ängstlich, vor allem achtsam.‹ (42:25) Nötig dazu sind – Uexküll und Wesiak zufolge – ›ein Wissen um diesen Kern menschlicher Würde‹, der in der modernen Medizin weitgehend verschwunden ist (1:446) und die uneingeschränkte Anerkennung der Würde des Menschen. ›Eine individuelle Wirklichkeit, in der alles, was einem Menschen begegnet, eine Bedeutung zukommt oder bedeutungslos bleiben und sinnlos werden kann, kennt die moderne Medizin nicht. Statt dem Arzt eine Menschenbild zu vermitteln, an dem er in kritischen Situationen seine Entscheidung zwischen technisch möglichen und ethisch verantwortbaren Handlungen orientieren kann,

lässt sie ihn mit dem Modell einer komplizierten, aber technisch fast unbegrenzt manipulierbaren Maschine allein.« (1:446-7)

Uexküll und Wesiak unterscheiden drei miteinander verbundene Seiten ärztlicher Ethik, die ›Verantwortung des Arztes für den Patienten‹, die ›Verantwortung des Arztes für sich selbst und seine individuelle Wirklichkeit‹ und die ›Verantwortung des Arztes für die Medizin als Institution der menschlichen Gesellschaft‹. (1:450) Ersterer Aspekt beinhaltet als oberstes Ziel ärztlichen Handelns das Wohlergehen des Patienten, wie dies auch Dörner, Maio, Pellegrino und Beauchamp und Childress (9,27-29,42) u.a.m. betonen. Bei der Wiederherstellung der größtmöglichen Autonomie des Patienten geht es um ›Hilfe zur Selbsthilfe bzw. Hilfe für den Mitmenschen, seine Autonomie wiederzuerlangen und auch in der Krankheit so lange und so weit wie möglich zu bewahren.‹ (1:457) Beim zweiten Aspekt geht es um die Verantwortung des Arztes für sich selbst und seine individuelle Wirklichkeit. ›Da der Arzt selbst, worauf schon Balint (1957) hingewiesen hat, sein wichtigstes diagnostisches und therapeutisches ›Instrument‹ ist, hat er auch dem Patienten gegenüber eine besondere Verantwortung für dieses Instrument.‹ (1:463) Diese Verantwortung schließt eine lebenslange Weiter- und Fortbildung zu sachlich-fachlichen Erkenntnissen ebenso ein wie die lebenslange Ausbalancierung von *work* und *life* und die Sorge um den Erhalt der eigenen Achtsamkeit und der Verhinderung eines Ausgebranntseins (*burn out*). ›Nur ein ausgeglichener und in sich gefestigter Arzt wird seinen Patienten wirklich helfen können.‹ (1:463) Der dritte Aspekt, die ärztliche Verantwortung für die Medizin als Institution der menschlichen Gesellschaft betont die Verantwortung des Arztes für die Theorien der Medizin, denen sie folgen sollen. Diese Theorien sind in Ausbildung und Praxis nach wie vor zu sehr am Maschinenmodell des Organismus orientiert und lassen allzu oft den Unterschied zwischen Human- und Veterinärmedizin vermissen. Uexküll und Wesiak haben sich dieser Verantwortung gestellt und versucht, der Dichotomie einer Medizin für den Körper und einer Medizin für die Seele ein holistisches Gesamtkonzept (1) und ein Konzept einer Integrierten Medizin (80) entgegenzustellen.

Ärztliche Ethik im Kontext von Thure von Uexkülls Philosophie der Medizin

Uexküll und Wesiak sprechen am Ende des Kapitels 8, die Konsequenzen des neuen Paradigmas für das ärztliche Handeln, davon, ›dass sich die Interaktion [Patient – Arzt (O.L.)] nach dem Navigationsinstrument ›Situationskreis‹ in vier Dimensionen vollzieht: einer kognitiven, einer emotionalen, einer pragmatischen und einer ethischen.‹ (1:490) und davon, ›dass sich die kognitive, die emotionale, die pragmatische und die ethische Dimension gegenseitig ergänzen müssen‹ (1:491). Ich will nachfolgend erläutern, warum ich einen um die ethische Dimension erweiterten doppelten Situationskreis, einen *ethisch-diagnostisch-therapeutischen Zirkel*, für ein geeigneteres Navigationsinstrument für ärztliches Handeln halte, da das ethische Prinzip ›nothing about you without you‹ die im Situationskreis intendierte Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit allen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen vorgelagert ist und in alle diagnostisch-therapeutischen Überlegungen von Anfang an mit enthalten sein sollte.

Dewey's oben dargestellte pragmatische Herangehensweise an Entscheidungsfindungen in komplexen Situationen hat etwas Ausprobierendes, etwas Kreatives und –

wenn man so will – etwas Autopoietisches, das mir gefällt und mit dem etwas anfangen kann – auch wenn ich zugeben muss, dass ich Deweys Schriften kaum kenne und sie erst noch eingehender studieren muss. Das situations- und kontextabhängige sensible Auswählen und Abwägen, welchem meiner sinnlich-qualitativen Eindrücke und welchen meiner Fertigkeiten ich im Zerlegen eines komplexen Problems in überschaubare und vielleicht lösbare Teilkomponenten folgen soll, macht das initial unlösbar komplex erscheinende Problem kleiner. Vor allem eröffnet es die Option, an das verbliebene Restproblem mit einer anderen Gewichtung meiner sinnlichen Eindrücke, mit anderen kognitiven Fähigkeiten und mit verändert erspürten Gefühlen des Patienten, also gleichsam mit neuer Sicht und neuem Anlauf an verbliebene Teilprobleme heranzugehen. Entscheidend scheint mir, dass diese Herangehensweise mit wechselnden Bündeln aus Sinneseindrücken, Fertigkeiten und Tugenden von dem klaren und unverrückbaren Ziel geleitet wird, die Situation des leidenden Patienten zu verbessern und die Last der Sorge zu verringern. Wenn ich die Dewey'sche Herangehensweise richtig verstanden habe, lässt sie Raum für den Zufall und glückliche Umstände, mit denen man im Leben immer rechnen sollte, und verzichtet sowohl auf allzu mathematisches Kalkül und auf abstrakte und stringente Logik, zu der wir Menschen ohnehin nur partiell fähig sind. Für mich hat diese Herangehensweise den Charme des Lebensweltlichen, des den Anderen ernst Nehmenden und des auf Sachverstand beruhenden ärztlichen Rats. Das zirkel- bzw. spiralförmige Vorgehen, das ein qualitativ erlebtes *Zeichen* in Beziehung setzt zu Teilaspekten eines *Gegenstands* im Sinne eines komplexen Problems oder einer schlimmen Situation und diese indexikalische Relation auf das konkrete Problem oder die konkrete Situation hin *interpretiert* stellt den Durchgang *einer* Peirce'schen Semiose (von vielen nachfolgenden Semiosen) dar. Mein Interpretationsprodukt stellt für den Anderen ein neues Zeichen dar, das er zu seinem Gegenstand, seinem Problem bzw. seiner Situation, in Beziehung setzt und diese (Teil-)Relation im Hinblick auf seine konkrete Situation oder sein konkretes Problem neu interpretiert. In dieser Sicht fällt das Lösen ethischer Probleme unter das Peirce'sche methodische Vorgehen der Semiotik, der Methodik der Methoden (Siehe eigenes Kapitel zur Semiotik).

Die reflektierte Kasuistik in der Integrierten Medizin (81) fokussiert auf 3 Aspekte: die Geschichte eines Kranken, die Geschichte einer Krankheit und die Geschichte einer Patient-Arzt-Beziehung. Während der erste Aspekt auf die Sicht des Patienten und seine narrative Sinngebung und der zweite Aspekt auf Krankheitsverlauf, bisherige Diagnostik und (Selbst-)Therapie fokussieren, geht es beim dritten Aspekt, der Geschichte der Patient-Arzt-Beziehung, um eine kritische Reflexion der Beziehung und der Interaktionen von Patient und Arzt. Das Feld der zu konstruierenden gemeinsamen Wirklichkeit in Uexkülls und Wesiaks diagnostisch-therapeutischem Zirkel habe ich anderenorts zu einem Resonanzkasten erweitert, um die die für eine tragfähige Patient-Arzt-Beziehung so wichtige Resonanz im Affektiven, Kognitiven und Intersubjektiven stärker zu betonen (82) und Schwierigkeiten, Nicht-Zustandekommen und Störungen der Arzt-Patient-Beziehung als Folgen fehlender, missglückter oder abebbender Resonanz darzustellen. In halb unbewusster, halb bewusster Peirce'scher Logik der Abduktion schlage ich ergänzend vor, den diagnostisch-therapeutischen Zirkel (1:415) zu einem *ethisch-diagnostisch-therapeutischen Zirkel* zu erweitern und ihn darüber hinaus um die semiotischen Prozesse, die im Patienten und im Arzt ablaufen, zu ergänzen und ihn vor allem von Beginn

einer ärztlichen Konsultation an konsequent auch im Hinblick auf die Erörterung ethischer Probleme zu nutzen. Was ist damit konkret gemeint?

Nach initialer Klärung von Anlass und Erwartung des Patienten, nach Klärung von *linguistic (referential)*, *emotional* und *social meaning* der Beschwerdesymptomatik (83) können und sollen in einem erweiterten ethisch-diagnostisch-therapeutischen Zirkel auch Wertebild und Patientenerwartungen erörtert werden, nach der körperlichen Untersuchung mögliche Verdachtsdiagnosen besprochen und weitere diagnostische Maßnahmen vereinbart werden, um zu einer vorläufigen Diagnose zu kommen und im weiteren Verlauf die Effekte therapeutischer Maßnahmen gemeinsam zu bewerten (84). Der Charme des semiotisch erweiterten ethisch-diagnostisch-therapeutischen Zirkels besteht in einer flexiblen Einbeziehung der oben erörterten Dewey'schen Überlegungen bezüglich weitgehend paralleler Klärung sachlicher Fragen und ethischer Aspekte, einer Zerlegung komplexer Probleme oder schlimmer Situationen in partiell lösbare Teilprobleme und in einer von Anfang an gemeinsamen ethisch-diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsfindung, die grundlegend für eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung ist und die eine Mit-Verantwortung des Patienten für das Erreichen des Behandlungsziels beinhaltet. Ethik muss konkret sein. Ärztliche Ethik muss den Adressanten ärztlichen Handelns, den Patienten, von Anfang an einbeziehen (85).

Literatur

1. von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München – Wiesn – Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 3. Aufl.; 1998.
2. Waldenfels B. Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1472; 2000: 388–389.
3. Ellos WJ. Ethical Practice in Clinical Medicine. London – New York: Routledge; 1990.
4. Spiro H. The Power of Hope. A Doctor's Perspective. New York: Yale University Press; 1998.
5. Taylor Ch. Die Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1233; 1996, 11. Auflage 2021.
6. Otte R. Wenn Ethik der Fall ist. Narrative und Kasuistik in der Medizin. Frankfurt a.M.: Humanities Online; 2003.
7. Bayertz K. Warum überhaupt moralisch sein? München: Verlag C.H. Beck; 2004.
8. Nida-Rümelin J. Normatives Orientierungswissen. In: Nida-Rümelin J. Philosophie und Lebensform. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1932; 2009: 177–193.
9. Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2012.
10. Unterholzner B (Hg.) Grundfragen philosophischer Ethik. Donauwörth: Auer-Verlag; 2000.

11. Forschner M. Die Philosophie der Stoa. Logik, Physik, Ethik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2018.
12. Kant I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1986.
13. Kant I. Kritik der praktischen Vernunft. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1986.
14. O'Neill O. Acting on Principle. An Essay on Kantian Ethics. Cambridge: Cambridge University Press, second edition; 2013.
15. Henning T. Kants Ethik. Eine Einführung. Ditzingen: Philipp Reclam jun.; 2016.
16. Nida-Rümelin J. Eine Theorie praktischer Vernunft. Berlin – Boston: de Gruyter; 2020.
17. Bourdieu P. Der Habitus als Vermittlung zwischen Struktur und Praxis. In: Bourdieu P. Habitus und Praxis. Schriften zur kollektiven Anthropologie 2. Berlin: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2316; 2020:361-391.
18. Aristoteles. Nikomachische Ethik. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 1985.
19. Höffe O. Aristoteles. München: Verlag C.H. Beck; 1996, 3. Aufl. 2006.
20. Rapp Ch, Corcilius K (Hg.). Aristoteles Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. Stuttgart – Weimar: Verlag J.B. Metzler; 2011.
21. Bollnow OF. Wesen und Wandel der Tugenden. Frankfurt – Berlin: Ullstein Taschenbuch-Verlag; Ullstein-Buch 209; 1958.
22. Apel K-O. Transformation der Philosophie. Band 1: Sprachanalytik, Semiotik, Hermeneutik. Band 2: Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag; suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 164 + 165; 1976.
23. Habermas J. Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag; suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1981, 8. Aufl. 2011.
24. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1971. Deutsch: Rawls J. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag; suhrkamp taschenbuch wissenschaft: 1979.
25. Etzioni A. Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus. Stuttgart: Schäffer-Poeschen Verlag; 1995.
26. Etzioni A. Die Verantwortungsgesellschaft. Individualismus und Moral in der heutigen Demokratie. Frankfurt – New York: Campus Verlag; 1997.
27. Pellegrino ED. Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: Sass H-M (Hg.). Medizin und Ethik. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1989: 40–68.
28. Thomasma DC (ed.). The influence of Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine (Reprint from Theoretical Medicine, Vol. 18 (1–2);1997). Dordrecht – Boston – London: Kluwer Academic Press; 1997.
29. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York – Oxford: Oxford University Press, 3th edition; 1989.
30. Schneider CE. The Practice of Autonomy – Patients, Doctors, and Medical Decisions. New York – Oxford: Oxford University Press; 1998.
31. Edwards A, Elwyn G (eds.) Shared decision-making in health care – Achieving evidence-based patient choice. Oxford – New York: Oxford University Press, 2nd edition; 2009.

32. Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Qxford – New York: Oxford University Press 1991, second edition 2004.
33. American College of Physicians Ethics Manual. Third Edition. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117: 047–960.
34. Spiro H, Maccree Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.) *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
35. Barbour A. *Caring for Patients. A Critique of the Medical Model*. Stanford, California: Stanford University Press; 1995.
36. Kohn T, McKechnie R (eds.) *Extending the Boundaries of Care. Medical Ethics and Caring Practices*. Oxford – New York: Berg; 1999.
37. Geisler L: *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Pharma-Verlag, Frankfurt 1987.
38. Anschütz F. *Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchhandlung; 1987.
39. Sass H-M (Hg.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1989.
40. Tugendhat E. *Vorlesungen über Ethik*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1100; 1993, 8. Aufl. 2012.
41. Beck M. *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*. Paderborn – München – Wien – Zürich: Ferdinand Schöningh; 2001.
42. Dörner K. *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart – New York: Schattauer; 2001.
43. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. *Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Going? A Review*. *Academic Medicine* 2005; 80:1143–1152.
44. Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hg.). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1791; 2006.
45. Mannino A. *Wen rette ich – und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit*. Ditzingen: Philipp Reclam jun.; 2021.
46. Mukerji N, Mannino A. *Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit*. Ditzingen: Philipp Reclam jun.; 2020.
47. Brody H. *Stories of Sickness*. Qxford – New York: Oxford University Press, second edition; 2003.
48. Hunter KM. *Doctor's Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1991.
49. Greenhalgh T, Hurwitz B (eds.). *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber; 2005.
50. Charon R. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. Qxford – New York: Oxford University Press; 2006.
51. Savage J. *Relative Strangers: Caring for Patients as the Expression of Nurses' Moral/Political Voice*. In: Kohn T, McKechnie R (eds.) *Extending the Boundaries of Care. Medical Ethics and Caring Practices*. Oxford – New York: Berg; 1999: 181–201.
52. Slote M. *The Ethics of Care and Empathy*. London – New York: Routledge; 2007.

53. Beckmann JP. Ethische Herausforderungen der modernen Medizin. Freiburg – München: Verlag Karl Alber; 2009.
54. Sahm S. Sterbebegleitung und Patientenverfügung: Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Frankfurt a.M.: Campus Verlag; 2006.
55. G. Pott: Ethik am Lebensende. Intuitive Ethik, Sorge um einen guten Tod, Patientenautonomie, Sterbehilfen. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007.
56. Welsh C, Ostgathe Ch, Frewer A, Bielefeldt H (Hg.). Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Bielefeld: transcript Verlag; 2017.
57. Boehm O. Radikaler Universalismus. Jenseits von Identität. Berlin: Ullstein Buchverlage, Ullstein Taschenbuch; 2023.
58. Endreß M (Hg.). Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1205; 1995.
59. Hartmann N. Ethik. Berlin – Leipzig: Walter de Gruyter; 1926.
60. Hartmann N. Der Aufbau der realen Welt. 3. Auflage. Berlin: de Gruyter Verlag; 1964.
61. de Waal F. Primates and Philosophers. How Morality Evolved. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 2006. Deutsch: de Waal F. Primaten und Philosophen. Wie die Evolution die Moral hervorbrachte. München: Carl Hanser Verlag; 2008.
62. de Waal F. The Bonobo and the Atheist. In Search of Humanism Among the Primates. New York – London: W.W. Norton & Company; 2013. Deutsch: de Waal F. Der Mensch, der Bonobo und die 19 Gebote. Moral ist älter als Religion. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015.
63. Tomasello M. The Cultural Origin of Human Cognition. Cambridge (Mass.) / London: Harvard University Press, 1999. Deutsch: Tomasello M. Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1827, 2002.
64. Hacking I. Einführung in die Philosophie der Naturwissenschaften. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1996.
65. Rosa H. Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016, 5. Auflage 2017.
66. Rosa H. Unverfügbarkeit. Wien – Salzburg: Residenz Verlag, 3. Aufl.; 2019.
67. Krause WH: Das Ethische, Verantwortung und die Kategorie der Beziehung bei Levinas: Würzburg: Königshausen & Neumann; 2009.
68. Levinas E. Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg – München: Verlag Karl Alber; 2012.
69. Laing RD, Phillipson H, Lee AR. Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, edition suhrkamp; 1971.
70. Ellos WJ. American Pragmatism. In: Ellos WJ. Ethical Practice in Clinical Medicine. London – New York: Routledge; 1990, chapter 5: 91–127.
71. Benson H, Stark M. Timeless Healing. The Power and Biology of Belief. New York: Scribner; 1996.
72. Groopman J. The Anatomy of Hope. How People Prevail in the Face of Illness. New York: Random House Trade Paperback Edition; 2005.
73. Braude H.D. Intuition in Medicine. A Philosophical Defense of Clinical Reasoning. Chicago – London: The University of Chicago Press; 2012.

74. Heller G. Die integrierende Funktion des Hausarztes. In: Schäfer H, Sturm E (Hg.). *Der kranke Mensch*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer-Verlag; 1986: 230–234.
75. Viefhues H. Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: Sass H-M (Hg.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1989: 17–39.
76. Quadbeck-Seeger H-J. Zwischen den Zeichen. Aphorismen über und aus der Natur und Wissenschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft; 1988: Aristoteles-Zitat S. 71.
77. Wieland W. Strukturtypen ärztlichen Handelns. In: Sass H-M (Hg.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1989: 69–95. (Zitat 72)
78. Maio G. Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch 4514; 2014.
79. Böhme G. Gut Mensch sein. Anthropologie als Proto-Ethik. Zug/Schweiz: Die Graue Edition; 2016.
80. von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002.
81. Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 23–33.
82. Leiß O. Reflektierte Kasuistik – Reflektionen zu Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz. In: Leiß O. *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin – Zur Aktualität Thure von Uexkülls*. Bielefeld: transcript, Medical Humanities Band 8; 2020: 205–229.
83. Finegan E. *Language – Its Structure and Use*. 5th edition. International Student Edition. Thomson Wadsworth, Boston, 2008, pp. 174–177.
84. Leiß O. Was ist, wie geht und wozu braucht es »mindful practice«? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität. In: Leiß O. *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin – Zur Aktualität Thure von Uexkülls*. Bielefeld: transcript, Medical Humanities Band 8; 2020: 177–204.
85. Quill TE, Brody H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763–769.

