

Glossar wichtiger medizinethischer Begriffe

I. Autonomie:

= *Selbstbestimmungsrecht*: Das Recht des Pat. auf Selbstbestimmung über seinen Körper ist (grund)gesetzlich garantiert! Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- a) *Recht auf Nichteinmischung*: negative Selbstbestimmung; Freiheit von Zwang und Druck; Recht auf körperliche Unversehrtheit
- b) *Handlungsfreiheit*: positive Selbstbestimmung; Recht auf eigene Lebensplanung und eigene Wertvorstellungen umzusetzen
- c) *Selbstzweckhaftigkeit*: Der Mensch ist ein Zweck an sich, ist nicht instrumentalisierbar, besitzt eine unveräußerliche Würde (selbst wenn a oder b eingeschränkt sind)

Informierte Einwilligung (informed consent)*

Notwendigkeit, dass der Pat. - erst nach ausreichender Information - einer medizinischen Maßnahme zustimmen muss, bevor diese durchgeführt werden darf.

Implizite Einwilligung:

Es wird die Einwilligung zu einer Maßnahme aus der Einwilligung zu einer anderen Maßnahme oder einer Handlung geschlossen.

Vorausgesetzte Einwilligung:

Es wird die Einwilligung aus anderen Willensäußerungen oder der allgemeinen Situation heraus vermutet.

Einwilligungsfähigkeit/Einwilligungsunfähigkeit:

Der informed consent setzt die geistige Fähigkeit zur Einwilligung voraus.

Patientenverfügung (=Patiententestament)*

Eine verbindliche Willenserklärung des Pat., die stellvertretend für seine informierte Einwilligung stehen soll, wenn er selbst nicht mehr zur Willensäußerung in der Lage ist.

Vorsorgevollmacht

Im Unterschied zur Patientenverfügung wird hier festgelegt, wer anstelle des Pat. für ihn rechtlich bindende Entscheidungen treffen darf.

Betreuungsverfügung

Regelt im Unterschied zur Vorsorgevollmacht nur im Betreuungsfall, d. h. wenn dem Pat. durch ein Gericht ein Betreuer zugesprochen wird, wer dieser sein soll.

Adhärenz (oder: Concordance) (früher: Compliance)

eigentl. „Festhalten“ (bzw. concordance „Übereinstimmung“); Neuer Ausdruck für die Mitarbeit des Pat. im Sinne der med. Behandlungsziele; ersetzt den in Verruf geratenen Begriff Compliance (Befolgung)

Partizipative Entscheidungsfindung*

ist ein Kommunikationsmodell zur Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung in einer Weise, die den Pat. einerseits nicht durch die Forderung der Informiertheit überfordert (wie bei informed consent ansonsten möglich), andererseits eine größtmögliche Beteiligung des Pat. am gesamten medizinischen Entscheidungsprozess abverlangt.

Paternalismus/paternalistisches Modell:

wird der einst übliche Kommunikationsstil bezeichnet, bei dem der Arzt als väterliche Autorität alle Entscheidungen de facto anstelle des Pat. trifft.

II. Nichtschädigung

Entsprechend dem lateinischen *primum non nocere* (vor allem nicht schädigen). In einem Kontinuum zwischen Handlungsunterlassung und Handlungsaufforderung bezeichnet Nichtschädigung lediglich die erste von vier Positionen:

1. *Man sollte kein Böses oder Leiden verursachen.*
2. Man sollte Böses oder Leiden verhindern.
3. Man sollte Böses oder Leiden beseitigen.
4. Man sollte Gutes tun.

Güterabwägung

Die Entscheidung zwischen Behandlungsalternativen sowie zwischen Behandlung und Nichtbehandlung schließt eine Güterabwägung ein in die zumindest folgende Faktoren eingehen müssen:

- medizinischer Nutzen der Behandlung (Prognose bei Behandlung gegenüber Prognose ohne Behandlung)
- medizinisches Risiko der Behandlung (Nebenwirkungen)
- situative Faktoren (z. B.: persönliche Qualifikation des Mediziners)
- Lebenseinstellungen des Behandelten (siehe Autonomie)

Aussichtslosigkeit

Beschreibt eine medizinische Prognose, nach der die Behandlung nichts am Zustand des Pat. zum Positiven hin verändert. Die Feststellung von Aussichtslosigkeit ist meist schwierig, führt aber zu einer eindeutigen Entscheidung in der Güterabwägung.

Prinzip des doppelten Effekts

Wenn eine Handlung (H) einen positiven Effekt (E1) anstrebt, so ist diese gerechtfertigt, auch wenn gleichzeitig ein zweiter negativer Effekt (E2) derselben Handlung erwartet wird, insofern:

1. die Handlung selbst in sich gut ist
2. die Absicht den positiven Effekt anstrebt, nicht den negativen
3. E2 nicht ein Mittel ist, um E1 zu erreichen (also nicht direkt intendiert wird)
4. der erwartete Nutzen von E1 den zu erwartenden Schaden (E2) übertrifft oder ausgleicht

Sorgfaltspflicht

Die Pflicht sich so zu verhalten, dass aus dem eigenen Handeln Anderen kein Schaden entsteht. Die Sorgfaltspflicht bezieht sich im medizinischen Bereich auf verantwortungsvolles und vorausschauendes Handeln nach den Regeln der Kunst, d. h. nach dem von einem Behandler zu erwartenden Wissenstand und den Erfordernissen der jeweiligen konkreten Situation. Eine Verletzung der Sorgfaltspflicht kann einen Behandlungsfehler bedingen.

Behandlungsfehler

Führt eine Behandlung nicht zum Erfolg oder schädigt sie den Pat., weil der Behandler seine Sorgfaltspflicht verletzt hat (*Fahrlässigkeit*), so spricht man von einem Behandlungsfehler. Dieser bemisst sich nur am Standard der Behandlung nach den Regeln der Kunst (*lege artis*), nicht an einem Idealmaßstab. Wenn dieser Standard so weit verlassen wurde, dass dem Behandler der Fehler nach Sachverständigenurteil keinesfalls hätte unterlaufen dürfen, spricht man von *grober* Fahrlässigkeit. Behandlungsfehler teilen sich inhaltlich in:

- a) *Therapiefehler* (falsche, zu riskante, fehlerhaft umgesetzte Behandlungsmethode)
- b) *Diagnosefehler* (falsche Diagnosemethode, falsche Schlussfolgerung, unterlassene Diagnostik)
- c) *Organisationsfehler* (Dokumentations-, Kooperations- und Übernahmefehler)
- d) *Aufklärungsfehler* (Einwilligungs- und Sicherungsaufklärung)

III. Fürsorge

In einem Kontinuum zwischen Handlungsunterlassung und Handlungsaufforderung bezeichnet Fürsorge die Positionen 2-4:

1. Man sollte kein Böses oder Leiden verursachen.
2. *Man sollte Böses oder Leiden verhindern.*
3. *Man sollte Böses oder Leiden beseitigen.*
4. *Man sollte Gutes tun.*

Die moralische Verpflichtung, keinen Schaden zuzufügen, ist stärker als die moralische Verpflichtung, Gutes zu tun: Nicht-Schädigung gilt absolut, Fürsorge gilt relativ – sie bewegt sich zwischen (a) relativer ethischer Forderung und (b) hohem ethischem Ideal. Gibt es aber auch (c) *absolute* ethisch/juristische Verpflichtungen zur Hilfe?. Z. B.:

Ad a) *Jede Person X hat eine ethische Verpflichtung zu helfen, wenn*

1. *Y an Leben, Gesundheit oder anderen wichtigen Werten bedroht ist;*
2. *X's Handlung (allein oder mit anderen) nötig ist, um diese Bedrohung abzuwenden;*
3. *X's Handlung mit hoher Wahrscheinlichkeit diese abwenden wird;*
4. *die Handlung keine bedeutenden Mühen oder Risiken für X bedeutet;*
5. *der Gewinn für Y durch die Handlung von X die Mühen oder Risiken für X aufwiegt.**

Ad b) Jeder sollte Anderen (allen Anderen?) so weit helfen, solange unser Engagement uns selbst nicht stärker leiden lässt als die Anderen leiden (nach P. Singer);

[Ad c) Die Ärztin (Krankenpflegerin...) ist aufgrund ihrer Berufsrolle verpflichtet, jedem jede mögliche medizinische Hilfe zu leisten - ohne Rücksicht auf andere Umstände (???)]

Verhältnismäßigkeit

Fürsorge muss gewährt werden, wenn dies mit einem zumutbaren Aufwand für den Behandler oder das System verbunden ist. Jedoch bildet die Grenze der Zumutbarkeit oder Verhältnismäßigkeit zugleich die Grenze der Fürsorgepflicht (vgl. oben a).

Paternalismus (vgl. Teil I)

Die traditionelle Auffassung „*Salus aegroti suprema lex*“ (die Gesundheit des Kranken ist das oberste Gebot) stellt das Fürsorgeprinzip über alle anderen. Dem widerspricht die Auffassung der Gleichrangigkeit der vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp & Childress: Die einseitige, übertriebene Gewichtung von Fürsorge bei fehlender Berücksichtigung der Patientenautonomie führt zu einer **paternalistischen Fürsorgeethik**.

Schwacher (vs. starker) Paternalismus

Als schwach paternalistisch kann das Prinzip bezeichnet werden, dass Personen, *die nicht autonom entscheiden können*, vor Gefahren (auch von ihnen selbst ausgehenden) geschützt werden müssen. Als Prinzip wenig umstritten, wirft es jedoch die Frage des Geltungsbereichs auf (z. B. Suizidale mit/ohne Depression; jeder oder nur manche Psychotiker; Kinder...)

Aufgeforderter (vs. unaufgeforderter) Paternalismus

Die Entscheidung des Behandlers anstelle des Pat. wird gerechtfertigt dadurch, dass Pat. alle medizinischen Entscheidungen explizit oder implizit an den Behandler delegieren und damit die autonome Entscheidung treffen, keine Autonomie ausüben zu wollen.

„Therapeutisches Privileg“

Innerhalb der paternalist. Fürsorgeethik die Annahme, dass es gerechtfertigt sei, dem Patienten eine Diagnose (Prognose, Befund, Therapieentscheidung etc.) aus therapeutischen Gründen zu verschweigen. Wird heute von Theoretikern > Praktikern abgelehnt.

Genfer Arztgelöbnis von 1948

wird häufig fälschlich als Gebot, die Erhaltung des Lebens und der Gesundheit des Patienten über alles andere zu stellen, zitiert (Fürsorgeprinzip „pur“).

* nach Beauchamp & Childress 1994, 266

IV. Gleichbehandlung (Gerechtigkeit)

Anwendungsbereich

Bei ethischen Fragen der Gleichbehandlung ist der Anwendungsbereich entscheidend: Wer muss mit wem gleichbehandelt werden? Z. B.: Laut P. Singer haben nur Individuen Persönlichkeitsrechte, die ein *Eigeninteresse* besitzen (dies trifft auf – manche – Tiere zu, aber nicht unbedingt auf irreversibel komatöse Patienten).

Triage / Allokationsproblematik

Besondere Probleme einer Verteilungsgerechtigkeit ergeben sich im med. Bereich, wenn aufgrund der Knappheit der Mittel entschieden werden muss, wer eine med. Leistung erhält und wer nicht – obwohl er sie ebenfalls benötigt (Bsp.: Erstversorgung im Katastrophenfall).

Anspruch auf medizinische Versorgung

Für gesetzlich oder privat krankenversicherte Personen in Deutschland gilt: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. (...) Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“ (SGB V, §27). Ein Recht auf medizinische Versorgung besteht demnach nicht bei Nicht-Krankheiten (z. B. bloßen kosmetischen oder funktionalen Verbesserungsmaßnahmen, sog. **Body Enhancement**)!

Tauschgerechtigkeit vs. korrektive Verteilungsgerechtigkeit

Unter gerechter Verteilung kann man (unter anderem) ein marktwirtschaftliches Prinzip verstehen („Jeder bekommt den Gegenwert dessen, das er einbringt“; Tauschgerechtigkeit, *iustitia commutativa*) oder ein sozial-marktwirtschaftliches Prinzip: „Jeder nach seiner Leistungsfähigkeit, jedem nach seinen Bedürfnissen“ (korrektive Verteilungsgerechtigkeit; *iustitia distributiva/correctiva*). Ersteres hat zur Folge, dass Gesundheitsleistung zu reinen nach Marktpreisen verkäuflichen Artikeln werden; letzteres schließt ein, dass jeder das bekommt, was er (wirklich...) benötigt, wofür die Gemeinschaft solidarisch eintreten muss.

Vier Verteilungsebenen (nach Engelhard)

Die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen erfolgt auf vier Ebenen, die jeweils spezifische ethische Probleme aufwerfen können:

Makroebene I: Bemessung des Anteils der Gesundheitsausgaben am gesellschaftlichen Gesamtbudget

Makroebene II: Verteilung der Gesundheitsausgaben auf verschiedene medizinische Bereiche (Präventiv-, Akut-, Reha-, Forschungs-, ambulanter Bereich etc.)

Mikroebene I: Verteilung von Ressourcen auf bestimmte Patientengruppen (Behandlungslinien, KTQs/DIGs, Versichertenstatus)

Mikroebene II: Verteilung auf der Ebene des einzelnen Pat. („Rationierung am Krankenbett“)

Rationierung

Zur Verteilung begrenzter Mittel (Ressourcen) werden diese beschränkt. Rationierung kann auf jeder Verteilungsebene (mit Auswirkungen auf die darunter liegenden Ebenen) stattfinden. Kürzungen auf Makroebene I können bspw. den Ausschluss bestimmter Leistungen (z. B. Zahnersatz) aus den Leistungskatalogen der öffentlichen Kostenträger zur Folge haben (Makroebene II). Sie können dazu führen, dass bestimmte Personengruppen generell (auf verschiedenen Ebenen wie Krankenhaus, Konzern; „keine Organtransplantationen an über 80jährige“; Mikroebene I) oder personengebunden („Wer bekommt das letzte freie Intensivbett?“; Mikroebene II) von bestimmten Leistungen ausgenommen werden.

Ethisch besonders problematisch sind Rationierungen auf Mikroebene II, die meist ohne ausreichende Kriterienabwägung aus dem Bauch heraus erfolgen, sowie sogenannte **verdeckte Rationierungen**, bei denen die Rationierung verschleiert wird („Bei Ihrer Erkrankung kann man leider nichts tun.“ statt: „Das ist unverhältnismäßig teuer...“).

V. Ethische Positionen

Pflichtethik (deontologische Ethik) / Prinzipienethik

Hauptvertreter: Immanuel Kant

Kants kategorischer Imperativ „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne“ besagt, dass jede Handlung auf ihre Grundeinstellung (Maxime) geprüft werden muss und nur wenn diese so ethisch einwandfrei ist, dass man sie zum allgemeinen Gesetz erheben könnte, kann die Handlung als gut bezeichnet werden. Demnach ist nicht die Konsequenz der Einzelsituation, sondern die Verpflichtung, sich einem allgemeinen Prinzipien unterzuordnen, für die ethische Handlung wesentlich.

Im medizinischen Bereich kann die Orientierung an medizinischen Prinzipien z. B. bei Beauchamp & Childress hier eingeordnet werden.

Konsequenzialistische Ethik / Utilitarismus / Zweckethik

Hauptvertreter: Francis Hutcheson, Jeremy Bentham, John Stuart Mill

Grundthese ist, dass die Konsequenzen einer Handlung gut sein müssen, damit die Handlung gut ist. Benthams klassische Formulierung „das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl“ wurde später differenziert:

- Es geht nicht nur um Glück (im Sinne von Lust; Bentham), sondern um subtile Bedürfnisse wie Freiheit (Mill) oder allgemein persönliche Präferenzen (Peter Singer).
- Es geht nicht nur um die Konsequenzen der konkreten Tat, sondern darum, ob die der Tat zugrunde liegenden Einstellungen positive Konsequenzen besitzen: Regelutilitarismus (Welche Handlungsregeln müssen von der Konsequenz her als gut gelten?)

Tugendethik

Hauptvertreter: Aristoteles

Geht davon aus, dass Profis in helfenden Berufen bestimmte charakterliche Qualitäten (Tugenden) benötigen, die sie quasi permanent in sich tragen und die in bestimmten Situationen automatisch handlungsleitend werden. Demnach geht es bei Ethik primär um Charakterbildung. Die klassischen griechischen Tugenden (Platon, Aristoteles) sind Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Mäßigung. In der christlichen Tradition kamen die drei theologischen Tugenden Glaube, Hoffnung und Liebe hinzu. Zusammengefasst spricht man von den sieben Kardinaltugenden. Nicht zu den moralischen Tugenden zählen die sog. Sekundärtugenden wie Fleiß, Ordnung, Sparsamkeit.

Diskursethik

Hauptvertreter: Jürgen Habermas

Grundannahme: Was ethisch richtig ist, kann sich unter demokratischen Verhältnissen nur in der Kommunikation (Diskussion, „Diskurs“) und dem Konsens zwischen kompetenten Gesprächspartnern gemeinsam herausbilden. Dazu ist es nötig, dass dieses Gespräch nach fairen, der Wahrheit und nichts anderem verpflichteten Regeln verläuft, weshalb Habermas von einer „handlungsentlasteten Form der Kommunikation“ spricht (während der Diskussion werden keine Handlungsentscheidungen getroffen; es geht nur um „virtualisierte Behauptungen“) und verlangt, dass dabei niemand durch Hierarchien oder andere Zwänge in seiner Meinungsäußerung behindert wird.

„Empathie-Ethik“/„Mitleidsethik“

Hauptvertreter: Arthur Schopenhauer

Der Versuch, eine Situation besser zu verstehen, indem man sich in die beteiligten Personen hineinversetzt und letztlich von einem natürlichen Mitgefühl heraus die ethisch richtige Entscheidung intuitiv trifft. Problem: Es fehlt die Basis für die rationale Begründung und damit die Argumentation gegenüber anderen, wenn das sich Hineinversetzen nicht kommunizierbar wird (z. B. durch Rollenspiel).

VI. Medizinethische Methodik

Kasuistische Argumentation

Der Ethiker orientiert sich an Präzedenzfällen und typischen, in der Literatur bereits diskutierten Beispielen. Konkret heißt dies:

- a) Feststellen, welche Art von ethischem Problem vorliegt
- b) Suchen nach ähnlich gelagerten Fällen in medizinethischen Büchern, Fachzeitschriften, Internetartikeln und anderen Publikationen
- c) Verstehen und analysieren der dort verwendeten Argumentation
- d) Übertragbarkeit auf den eigenen Fall prüfen
- e) Argumentation des Präzedenzfalls auf den eigenen Fall anwenden.

Prinzipienorientierte Argumentation:

Orientiert sich (ohne notwendigen Bezug zu Präzedenzfällen) auf weithin anerkannte medizinethische Prinzipien wie diejenigen von Beauchamp & Childress und versucht, diese auf den konkreten Fall anzuwenden (siehe I-IV).

Diskursethische Regeln

Ein sog. herrschaftsfreier Diskurs nach J. Habermas ist eine der besten Voraussetzungen für eine gelungene ethische Fallbesprechung. Bei dieser Diskussionsform sollten folgende Regeln gelten:

1. Alle betroffenen Personen haben eine Stimme
2. Alle äußern ihre Bedürfnisse und Interessen offen und ehrlich
3. Alle respektieren die Gleichheit und freie Selbstbestimmung aller Beteiligten
4. Alle suchen nach Lösungen, denen alle zustimmen können
5. Alle überzeugen durch Argumente
6. Alle treffen schließlich eine verbindliche Übereinkunft

4 Schritte der Ethischen Fallbesprechung nach A. Frewer:

Anamnese = Fakten sammeln

- Medizinische Fakten
- Werte und Interessen

Diagnose = Welches ethische Problem liegt vor?

- Werte- und Interessenkonflikte direkt und indirekt Beteiligter
- Welche Maximen und Prinzipien spielen eine Rolle?
- Gibt es Präzedenzfälle (Kasuistiken)?

Prognose = Welche Folgen hat die „ethische Krankheit“ unbehandelt / behandelt?

Therapie = Welche Handlungen sind erforderlich?

- Begründete Anwendung von Prinzipien auf den Fall

Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis

Prozessschema mit folgenden Schritten:

1) Feststellung der medizinischen Situation:

- Diagnose
- Therapieoptionen und deren Erfolgsaussichten
- Nutzen-Risiken-Abwägung, Prognose

2) Feststellung der medizinethischen Situation:

- Gesundheit und Wohlbefinden des Pat.
- Selbstbestimmung des Pat.
- Ärztliche Verantwortung und Fürsorge

3) Falldiskussion

- Welche Optionen gibt es? Was spricht jeweils dafür?
- Was ist für eine Entscheidung nötig? Wer kann helfen? Wer hat welche Aufgaben?

Anhang I: Informationsquellen zu medizinethischen Fragen

Bücher:

- **Hick, Christian (2007) (Hg.): *Klinische Ethik*. Berlin: Springer**
- Gebauer, Dietmar; Kreis, Ludwig & Moisel, Joachim (2002): *Philosophische Ethik. Reihe Abitur-Wissen*. Freising: Stark
- Sass, Hans-Martin (1989) (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam
- Wiesing, Urban (2004) (Hg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam
- Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus et al. (2006) (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Frankfurt: Suhrkamp
- Frewer, Andreas & Winau, Rolf (1997) (Hg.): *Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin*. Erlangen: Palm & Enke
- Höffe, Otfried (Hg.): *Lexikon der Ethik*. München: C. H. Beck
- Beauchamp, Tom & Childress, James: *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press

Zeitschriften:

- ***Ethik in der Medizin*. Springer-Verlag: fachwissenschaftlich fundiert, modern**
- *Zeitschrift für medizinische Ethik*: traditionsreich, christlich-theologisch ausgerichtet

Publikationsreihen:

- ***Medizinethische Materialien*** des Zentrums für medizinische Ethik an der Universität Bochum (kleine Hefte für ein paar Euro zu verschiedenen Themen: siehe Homepages)
- Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V.

Internetseiten und Institutionen:

- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonn
<http://www.drze.de/>
- Zentrum für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum (mit weiteren Links)
<http://www.zme-bochum.de/>
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
<http://www.zentrale-ethikkommission.de/>