

Bioethik

Eine Einführung

Herausgegeben von
Marcus Düwell
und Klaus Steigleder

»Bioethik« ist für viele fast ein Synonym für die wachsende wissenschaftliche wie öffentliche Beschäftigung mit Fragen konkreter Ethik. Der Band beleuchtet unterschiedliche Aufgabenbeschreibungen, Theorie und Methoden der Bioethik. Zudem werden zentrale Diskussionsfelder behandelt von der Pränataldiagnostik über das Klonen bis hin zu Sterbehilfe und Hirntod. Neben medizinethischen Fragestellungen finden auch Problembereiche wie etwa die grüne Gentechnik, die Patentierung gentechnischer Veränderungen und die Tierethik Berücksichtigung. Um einen lebendigen Eindruck vom Spektrum der Positionen zu vermitteln, kommen Autoren unterschiedlicher Richtungen zu Wort. Eine Reihe von Themen werden jeweils von zwei Autoren behandelt, die gegensätzliche Standpunkte vertreten.

Marcus Düwell ist Professor für Philosophische Ethik an der Universität Utrecht. Klaus Steigleder ist Professor für Ethik in Medizin und Biowissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum.

Suhrkamp

Ffm 2003

Markus Zimmermann-Acklin Tugendethische Ansätze in der Bioethik

Das entscheidende Kennzeichen tugendethischer Entwürfe besteht darin, dass nicht Handlungen oder Unterlassungen moralisch beurteilt werden, sondern die handelnde Person in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt: deren emotionale und kognitive Fähigkeiten, das Gute zu verwirklichen, und damit deren Intuitionen (tief sitzende moralische Überzeugungen), Haltungen, Dispositionen oder Charaktereigenschaften.¹ Die Tugend besteht in einer durch Übung erworbenen Lebenshaltung, die im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit dazu verhelfen soll, im Berufsalltag moralisch richtige Entscheidungen zu treffen, kurz: eine gute Pflegerin, ein guter Arzt zu sein. Im Zuge der Kritik am ärztlichen und pflegerischen Paternalismus beziehungsweise Maternalismus und der Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenautonomie ist auch der tugendhafte oder gute Patient zum Thema geworden, insofern über dessen emotionale und kognitive Fähigkeiten nachgedacht wird, die in der Arzt-Patienten-Beziehung und bei seinem Krankheits- und Heilungsprozess wichtig werden können.²

Mit dieser Konzentration auf das Ethos, die tatsächlich gelebte Moral und die moralisch relevante Erfahrung geraten moralpragmatische Aspekte ins Blickfeld, welche von so genannten Standardansätzen der Bioethik – normalerweise reine Regelethiken – weitgehend vernachlässigt werden. Mit Überlegungen zur Persönlichkeit, Motivation und damit zur praktischen Umsetzung des als moralisch richtig Erkannten werden Aspekte der Moralphysikologie und der Moralentwicklung beziehungsweise Moralpädagogik in die ethische Theorie aufgenommen.³

Herausgefordert durch neue technische, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, schwierige Entscheidungssituationen und

1 Vgl. Höffe (1997), S. 306-309.

2 Vgl. Lebacqz (1985), S. 275-288. Im Rahmen narrativer Ansätze wird die Patientenperspektive teilweise als die einzig relevante erwogen, vgl. Frank (1995): Aufgrund seiner Kritik am modernen Medizin- und Arztverständnis sieht der Soziologe im Rahmen einer postmodernen Gesellschaft die Definitionsmacht über die Krankheit mitsamt der Aufgabe der persönlichen Neuorientierung nahezu vollständig an den Patienten übergehen.

3 Vgl. den Überblick bei Wallroth (2000).

nicht zuletzt den gesellschaftlichen Wertepluralismus wurden in der biomedizinischen Ethik in den letzten Jahren Theorien und Methoden erarbeitet, die sich an ethischen Grundprinzipien orientieren.⁴ Durch diese Konzentration einerseits auf Spitzentechnologien (wie die Transplantationsmedizin) und andererseits auf Dilemmasituationen (wie bei der aktiven Sterbehilfe) sind wichtige Aspekte einer ärztlichen Ethik vernachlässigt worden, wie sie jedoch im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung tagtäglich wirksam werden. Ein Beispiel bietet die Mitteilung von »bad news«, zumeist diskutiert unter der Bezeichnung »Wahrheit am Krankenbett«. Hier stellen sich Fragen, die das Selbst- und Berufsverständnis eines Arztes im Kern betreffen: Wessen Pflicht ist es, mit einem betroffenen Patienten oder auch Angehörigen zu sprechen? Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine solche Mitteilung gekommen? Wie kann ein Gespräch auf menschliche Weise gestaltet werden, ohne dabei wichtige Informationen zu unterschlagen oder einen betroffenen Patienten zu überfordern? – Diese praktischen Herausforderungen, deren Bewältigung und Gestaltung in der Regel mit Tugenden wie der *Integrität*, *Wahrhaftigkeit*, *Verschwiegenheit* und dem *Einfühlungsvermögen* des handelnden Arztes aufs Engste zusammenhängen, bleiben durch den bloßen Hinweis auf die ärztliche Pflicht, die informierte Zustimmung (den »Informed Consent«) des Patienten sicherzustellen und bei Therapieentscheidungen zugrunde zu legen, weitgehend unbeantwortet.

Dieser Mangel hat dazu geführt, dass seit Mitte der achtziger Jahre kontext- und erfahrungsbezogene Neuansätze im Bereich der Bioethik entwickelt wurden, die ihr institutionelles Pendant in der Gründung von Ethikzentren in medizinischen Fakultäten oder auch größeren Kliniken fanden.⁵ In diesem Zusammenhang ist auch die Wiederbelebung tugendethischer Traditionen zu verstehen, die zunächst in der amerikanischen Bioethik,⁶ zusehends aber auch im deutschsprachigen Raum zu verfolgen ist.⁷ Eine Renaissance ist es in

4 Vgl. Beauchamp/Childress (2001), bes. S. 26-56.

5 Die Tatsache, dass Edmund D. Pellegrino an der Georgetown University 1991 mit dem »Center for Clinical Bioethics« ein eigenes Zentrum für klinische Ethik mitgegründet hat, das sich in gewisser Konkurrenz zu dem an derselben Universität befindlichen und 1971 als interfakultäres Institut gegründeten »Kennedy Institute of Ethics« versteht, gehört zum institutionellen Hintergrund der tugendethischen Kritik an der maßgeblich am »Kennedy Institute of Ethics« entstandenen Prinzipienethik.

6 Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993) und (1996); Pellegrino (1989); Shelp (1985).

7 Vgl. Honnefelder (1995); Dörner (2001).

dem Sinne, als dabei in der Regel an die klassischen aristotelisch-thomistischen Ethikentwürfen angeknüpft wird.⁸ Entstanden ist die Tugendethik im Bereich der Medizin in kritischer Absetzung zur Erfahrungserferne der philosophisch geprägten Bioethik und der fehlenden Rückbindung an die moralische Persönlichkeit in der Pflichtenethik; eine nicht unwesentliche Rolle haben aber auch die Kritik am Vernunftoptimismus der Aufklärung – daher der Rückbezug auf klassische Theorien –, die Klage über offene Fragen bezüglich der beruflichen Identität und die Kritik am gegenwärtigen Moralzerfall gespielt.⁹ Gerade das zuletzt genannte Motiv macht die tugendethischen Beiträge nicht selten zu einer Gratwanderung zwischen unrealistischem Idealismus in der Beschreibung eines selbstlosen und aufopferungsbereiten Arztes oder Pflegers einerseits und einem peinlichen Moralisieren andererseits.¹⁰

Grundlagen einer ärztlichen Tugendethik (Pellegrino/Thomasma)

Ein bekannter tugendethischer Neuansatz wurde von Edmund D. Pellegrino, Arzt und Ethiker in Washington, D. C., und David C. Thomasma, Philosoph in Chicago, in Anknüpfung an die aristotelisch-thomistische Tradition formuliert und begründet.

Aristoteles wollte mit seiner Ethik nicht theoretische Probleme erörtern, sondern die praktische Frage beantworten, wie wir handeln sollen.¹¹ Er unterscheidet Verstandes- und Charaktertugenden, wobei wir die ersten vorwiegend durch das Studium, die letzteren hingegen durch Gewöhnung erlernen. Die Klugheit als Verstandestugend beispielsweise soll uns Menschen dazu helfen, das Leben auf das höchste Gut *auszurichten*, Charaktertugenden wie die Gerechtigkeit,

8 Aristoteles (2001); Thomas von Aquin (1950 ff.). Eine Ausnahme macht Klaus Dörner, insofern er seinen phänomenologischen Betrachtungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis den ethischen Ansatz von Emmanuel Lévinas zugrunde legt, vgl. Dörner (2001).

9 Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 31–50, im Anschluss u. a. an MacIntyre (1995) und (2001). Über die Renaissance tugendethischer Entwürfe in der Moralphilosophie orientieren die beiden Sammelbände Crisp/Slote (1997) und Rippe/Schaber (1998). – Für Entwürfe im Bereich der theologischen Ethik vgl. Mieth (1984); Porter (1995); Schuster (1997); Müller (1998).

10 Ein scharfer Kritiker dieses doppelbödigen Moralisierens im Gewand einer Tugendethik ist Friedrich Nietzsche, vgl. Nietzsche (1999), S. 151–178.

11 Vgl. Aristoteles, *Nikomachische Ethik* II 2, 1103b.

Tapferkeit (Zivilcourage) oder Besonnenheit (Maß, Anerkennung der eigenen Grenzen, insbesondere im Bereich der modernen Medizin) zur *konkreten Umsetzung* dieses Zieles verhelfen. Die wesentlichen Eigenschaften eines tugendhaften Menschen liegen in der Verbindung von charakterlicher Grundhaltung, Wissen und wohlüberlegter Entscheidung.¹²

»Tugend beinhaltet einen Charakterzug, eine innere Disposition, gewohnheitsmäßig nach sittlicher Vollkommenheit zu streben, das eigene Leben im Einklang mit dem Sittengesetz zu leben und zu einem Ausgleich zwischen edler Absicht und gerechter Handlung zu gelangen.«¹³

Das Handeln der Ärzte und Pflegenden im medizinischen Kontext ist wesentlich geprägt von der Beziehung zum Patienten. Dem kranken Menschen in seiner Situation der Abhängigkeit zu helfen, ihm beizustehen und ihn zu begleiten ist die wesentliche Aufgabe ärztlichen und pflegerischen Handelns (*»salus aegroti suprema lex«*). Da die Tugend wesentlich in der Disposition besteht, gewohnheitsmäßig das Gute zu tun, gilt es zunächst, das Gute zu bestimmen. Für E. Pellegrino und D. Thomasma besteht dieses anzustrebende Gut im *Wohl des Patienten*:

»Nach dieser Auffassung ist der tugendhafte Arzt jemand, der gewohnheitsmäßig zum Wohl des Patienten zu handeln disponiert ist und dies Wohl im Normalfall über sein eigenes stellt, so daß man von ihm zuverlässig erwarten kann, daß er danach handelt.«¹⁴

Wesentlich in der *Bestimmung des Patientenwohls* ist, dass dieses umfassend definiert wird, also neben dem klinischen oder gesundheitlichen Befinden (1) aus der Sicht des Arztes und (2) der Sicht des Patienten ebenso (3) das Wohl des Patienten als Person und (4) das Gute schlechthin Berücksichtigung findet.¹⁵ Spätestens hier wird deutlich, wie eng dieser Ansatz mit einer bestimmten Konzeption von Medizin (*»Philosophy of Medicine«*) beziehungsweise einer an die Natur oder das Wesen des Menschen zurückgebundenen, objektiven Vorstellung des Guten zusammenhängt.¹⁶ Obgleich diese theoretischen Hintergründe der Konzeption von großer Bedeutung sind – zu denken ist hier zum Beispiel an deren Auswirkungen auf das ärztliche

12 Vgl. Pellegrino (1989), S. 46; Aristoteles, *Nikomachische Ethik* II 3, 1105 a.

13 Vgl. Pellegrino (1989), S. 49.

14 Pellegrino (1989), S. 52; vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 51–61.

15 Vgl. Pellegrino (1989), S. 52; Pellegrino/Thomasma (1993), S. 58.

16 Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. XII, 52 u. ö.; Pellegrino (2001), S. 169–180.

Verständnis der Patientenautonomie –, können sie hier nicht weiterverfolgt werden.¹⁷ Grundsätzlich gilt: »Es ist die sensible Abwägung dieser Bedeutungen des Patientenwohls, die der tugendhafte Arzt meisterlich beherrscht.«¹⁸

E. Pellegrino zählt folgende ärztliche Dispositionen auf, die seines Erachtens nötig sind, um ein guter Arzt oder eine gute Ärztin zu sein: Die gewissenhafte Beachtung des technischen Wissens und Könnens, Mitleid, Hilfsbereitschaft, Fürsorge, Ehrlichkeit, Treue gegenüber Versprechungen und eine grundsätzliche Bereitschaft, die eigenen Interessen zugunsten derer des Patienten zurückzustellen. Obgleich viele dieser Haltungen auch für die Persönlichkeitsbildung allgemein beziehungsweise für viele andere Berufe gelten dürften, hält er den Arztberuf für besonders exponiert und unterstreicht die Wichtigkeit dieser Grundhaltungen für dessen rechtschaffene Ausübung. Bereits die oben zitierten Anspielungen auf den ärztlichen Altruismus (der Arzt habe das Wohl der Patienten über das eigene zu stellen) lassen durchscheinen, dass die Tugendethik in ihren Idealen und Forderungen über die Ansprüche einer Prinzipien- oder Pflichtenethik hinausgeht: Die tugendhafte Ärztin ist nicht nur bereit, ihre eigenen Ansprüche und Wünsche an zweite Stelle zu setzen, sondern sieht einen Ansporn darin, über das moralisch geforderte Maß hinaus – im Sinne supererogatorischer Handlungen – Leistungen zugunsten der PatientInnen zu erbringen, die sie als besonders integre oder außergewöhnliche Persönlichkeit kennzeichnen und beispielsweise durch das christliche Nächstenliebegebot motiviert sein können.¹⁹

17 Manchmal entsteht der Eindruck, den Autoren sei die theoretische Fundierung der biomedizinischen Ethik in einem teleologischen Naturrechtsverständnis wichtiger als deren Konkretisierung in einer ärztlichen Tugendethik. Dies mag daran liegen, dass Bezüge zu den gegenwärtigen gesellschaftlichen und ärztlichen Problemen weitgehend fehlen, hingegen stets Bezug auf die Wesensaspekte der menschlichen Natur, des Guten, der Krankheit oder des guten Arztes zu finden sind. Vgl. bestätigend: Pellegrino (2000), S. 663 f.: Hier betont der Autor die Grenzen einer Tugendethik und plädiert für eine metaphysisch und religiös abgestützte fundierende Theorie der Bioethik, die alleine Sicherheit und Zuverlässigkeit in unsicheren Zeiten verspreche.

18 Pellegrino (1989), S. 54.

19 Vgl. dazu die gute Darstellung bei Beauchamp/Childress (2001), S. 40–51: Anhand der Biographie von David Hilfiker, der sich als Arzt voll und ganz in den Dienst der Armen gestellt hatte, dabei zusehends die Grenzen seiner eigenen Möglichkeiten überschritt und schließlich selbst in einem Zustand von Hoffnungslosigkeit, Frustration und Zynismus landete, zeigen die Autoren auf, inwieweit das »Mutter-Teresa-Modell« selbstloser Nächstenliebe sich nur unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen und

Grundlegende Tugenden

In ihrem Lehrbuch zur Tugendethik in der medizinischen Praxis widmen D. Thomasma und E. Pellegrino den folgenden acht Tugenden ein eigenes Kapitel: *Vertrauenswürdigkeit*, *Mitleid* (»compassion«), *Klugheit*, *Gerechtigkeit*, *Tapferkeit*, *Maß*, *Integrität* und *Selbstlosigkeit* (»Self-Effacement«).²⁰ Dagegen beschränken sich Tom Beauchamp und James Childress in ihrer knappen, jedoch sehr hilfreichen Darstellung auf die fünf Zentraltugenden *Mitleid*, *Urteilkraft*, *Vertrauenswürdigkeit*, *Integrität* und *Gewissenhaftigkeit*.²¹

In diesen Aufzählungen sticht zunächst die *Klugheit* oder *Urteilkraft* als Verstandestugend gegenüber den Charaktertugenden hervor: Die ärztliche oder pflegerische Fähigkeit, im rechten Moment intuitiv das Richtige zu tun beziehungsweise die Relevanz der Anwendung einer Regel in einem bestimmten Fall zu erkennen, hat sich insbesondere im Rahmen der modernen Medizin als Schlüsseltugend²² erwiesen. Komplexe medizinische Zusammenhänge zu erfassen, die physische, psychische und soziale Lage eines Patienten zu verstehen und daraus im passenden Moment die rechten Handlungsschritte abzuleiten kann mit Fug und Recht als höchste medizinische Kunst bezeichnet werden.

Die Charaktertugenden sollen exemplarisch an den beiden Haltungen des Mitleids und der Wahrhaftigkeit (Integrität/Vertrauenswürdigkeit) erläutert werden. *Mitleid* als zentrale Tugend jedes helfenden Berufs lenkt im Unterschied zum Beispiel zur Integrität das Augenmerk auf *den Anderen*, den hilfsbedürftigen Menschen: dessen körperliche, seelische und soziale Befindlichkeit. Die Aufgabe des medizinischen Personals besteht darin, zunächst emotional zu reagieren, dann Einfühlungsvermögen zu zeigen und schließlich echtes Mitleid (verstanden im Unterschied zur »Ungeduld des Herzens«²³)

Möglichkeiten sinnvoll auswirken kann; ansonsten besteht die Gefahr, so die Autoren zu Recht, dass der Graben zwischen dem, der ich eigentlich bin, und dem, der ich sein will, immer größer wird, was auf die Dauer zu Depressionen führt.

20 Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 63–161. Im Rahmen ihrer christlichen Tugendethik behandeln sie zudem die Bedeutung der christlichen Tugenden Glaube, Hoffnung und Liebe für die medizinische Praxis, vgl. Thomasma/Pellegrino (1996).

21 Vgl. Beauchamp/Childress (2001), S. 32–38.

22 Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 84: Sie bezeichnen die Klugheit als »capstone virtue« im Sinne einer Verbindung von intellektuellem und moralischem Leben beziehungsweise mit Verweis auf Thomas v. Aquin als Verbindungsglied zwischen intellektuellen, natürlichen und Glaubenstugenden.

23 Vgl. Stefan Zweig: »Es gibt eben zweierlei Mitleid. Das eine, das schwachmütige

empfinden zu können.²⁴ Konstitutive Elemente der »Compassion« sind nach Lawrence Blum die Identifikation mit dem Leidenden, die Sorge um das Wohl des Anderen (insofern handelt es sich auch um ein *moralisches* Gefühl der Fürsorge), geteilte Menschlichkeit im Sinne der Betonung des mitmenschlich Verbindenden, schließlich Dauer und Intensität der Anteilnahme in Absetzung zu sprunghaften Gefühlen.²⁵ Allerdings besteht auch immer die Gefahr der Abstumpfung einerseits, der mangelnden Unterscheidungsgabe zwischen eigenen und fremden Gefühlen andererseits. Die mögliche Vereinnahmung des Anderen im Namen der Empathie wird deshalb auch im Rahmen der Postmoderne-Debatte kritisiert und in Anknüpfung an Emmanuel Lévinas durch den Gedanken der prinzipiellen Unerreichbarkeit des Anderen neu gedacht.²⁶

In Hinblick auf die Tugend der *Vertrauenswürdigkeit* oder *Wahrhaftigkeit* sind zwei Beobachtungen hervorzuheben: Zu lange ist der Autonomiebegriff einseitig im Sinne der negativen Freiheit ausgelegt worden, so dass die Bedeutung der *Begleitung* der Entscheidungsfindung anderer Menschen in (chronischer) Krankheit, Leiden und Sterben, des »shared decision making«, in den Hintergrund geraten ist. George J. Agich hat diese Herausforderung im Umgang mit Langzeitpatienten aufgegriffen und erläutert, wo der empfehlenswerte Mittelweg zwischen einer teilnahmslosen Delegation der Entscheidungen an den Patienten einerseits und der Infantilisierung und Depersonalisierung der Patienten andererseits liegt.²⁷ – Eine große Herausforderung in Bezug auf die Wahrhaftigkeit des Arztes besteht schließlich in dessen Umgang mit der Wahrheit am Krankenbett, insbesondere bei der Mitteilung von schlimmen Nachrichten (»bad news«). Eberhard Schockenhoff fasst wichtige Anhaltspunkte in folgenden Faustregeln zusammen: (1) Die Aufklärung sollte als ein *stu-*

und sentimentale, das eigentlich nur Ungeduld des Herzens ist (...). Und das andere, das einzig zählt – das unsentimentale, aber schöpferische Mitleid, das weiß, was es will, und entschlossen ist, geduldig und mitduldig alles durchzustehen (...)
(Ungeduld des Herzens, Motto).

²⁴ Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 81 f.: Die echte »Compassion« wird hier negativ, nämlich über die Abgrenzung von der Barmherzigkeit (»mercy«), der Empathie, der Sympathie und der Haltung des Erbarmens (»pity«) definiert.

²⁵ Vgl. die gute Darstellung bei Haker (2001), S. 443–445.

²⁶ Vgl. Morris (2000), S. 10–12; Dörner (2001), S. 48: Das ärztliche Bestreben, den Patienten erreichen zu wollen, bezeichnet er als die »Ursünde des Arztes« und empfiehlt stattdessen eine Haltung der Offenheit für die Bedürfnisse des Patienten, bis hin zur Bereitschaft, sich vereinnahmen zu lassen.

²⁷ Vgl. Agich (1993).

fenförmiger Prozess erfolgen, bei dem der Kranke in jeder Phase die Geschwindigkeit bestimmt. (2) Alles, was dem Patienten mitgeteilt wird, soll wahr sein, unbedachte Offenheit jedoch kann auch schaden. Daher muss nicht zu jedem Zeitpunkt *die volle Wahrheit* gesagt werden, insbesondere nicht durch rücksichtsloses Aufdrängen von Antworten auf Fragen, die noch nicht gestellt wurden. Wichtig ist, dass das Gespräch über das Sterben möglich ist; das Verschweigen des Todes kann in eine Sprachlosigkeit führen, die das personale Beziehungsnetz des Sterbenden schon vor dem Tod zerstört. (3) Der kranke Mensch hat ebenso wie der gesunde das *Recht zur Freude* und zur spontanen Ausgelassenheit. Der Arzt hat zu keinem Zeitpunkt das Recht, einem Patienten die *Hoffnung* zu nehmen, er sollte diese sogar durch die Mitteilung von »guten Nachrichten« (im Hinblick auf die mögliche Lebensqualität oder Linderung von Symptomen) zu fördern versuchen. (4) Dem Patienten ist jederzeit die Gewissheit zu vermitteln, dass man ihm als *ärztlicher Begleiter* über die ganze Wegstrecke seiner Krankheit hinweg zur Verfügung stehen wird. Die Mitteilung der Wahrheit bleibt so in eine vom Patienten als verlässlich erlebte Beziehung eingebettet, die der Arzt nicht abbrechen sollte, wenn er den unabwendbaren Krankheitsverlauf nicht mehr aufhalten kann.²⁸

Möglichkeiten und Grenzen tugendethischer Ansätze

Die Wiederbelebung tugendethischer Ansätze in der Bioethik macht auf die Defizite und Grenzen einer reinen Vernunft- oder Prinzipienmoral aufmerksam: Emotionale Bindungen, Motivation zur Umsetzung des als richtig Erkannten und sittliche Grundhaltungen im allgemeinen entstehen nicht allein durch Belehrung, sondern durch Einübung, affektives Lernen, das Aneignen von Idealen und das Ausbilden guter Charaktereigenschaften. Damit wird die Frage nach den Verantwortungsträgern im Bereich der Medizin, deren Kompetenz und Befähigung thematisiert, welche im Zuge der Beschäftigung mit Dilemmaentscheidungen am Lebensbeginn oder -ende oder einer einseitigen Betonung der Patientenautonomie in den Hintergrund getreten sind.²⁹

Die durch die besondere Nähe zur Praxis und zur persönlichen Er-

²⁸ Vgl. Schockenhoff (2000), S. 491–500.

²⁹ Vgl. Honecker (1998), S. 166–184.

fahrung ausgelöste Erwartung an die Tugendethik, sie biete in konkreten Dilemmaentscheidungen moralische Orientierung, wird hingegen nur sehr beschränkt eingelöst. Wenn als moralisch richtig das gelten soll, was eine tugendhafte Ärztin in einer schwierigen Situation entscheidet, fehlen verallgemeinerbare Kriterien zur Beurteilung konkreter Handlungen, wie sie zum Beispiel bei Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht, der Verteilung von Organen in der Transplantationsmedizin, der Beurteilung der pränatalen Diagnostik oder der ärztlichen Suizidbeihilfe zu treffen sind.³⁰ Darum vertreten D. Thomasma und E. Pellegrino eine so genannte *gemischte* Tugendethik, insoweit sie in Absetzung zu einer *reinen* Tugendethik davon ausgehen, dass die ärztlichen Tugenden nicht die einzige Quelle moralischer Orientierung sind, sondern – beispielsweise in der Begründung ethischer Prinzipien wie dem ärztlichen Tötungsverbot – auf eine normative Prinzipienethik angewiesen bleiben.³¹

Eine weitere Grenze der Tugendethik wird anhand der Differenz gut/richtig beziehungsweise schlecht/falsch deutlich: Eine Handlung kann durchaus falsch sein, obgleich sie von einer integren und charakterlich hervorragenden Persönlichkeit ausgeführt wurde und deshalb als gut zu beurteilen ist und umgekehrt.³² Die Deutung dieses Verhältnisses der Tugendethik zur normativen Ethik beziehungsweise der Beurteilung des Handelnden zur Einschätzung einer Handlung gehört gegenwärtig zu den großen Herausforderungen nicht nur im Bereich der Bioethik.³³

Darüber hinaus sind sozial- oder gesundheitsethische Fragen, welche Institutionen wie Krankenhäuser oder das Gesundheitssystem betreffen, nur sehr bedingt mit tugendethischen Überlegungen zu erfassen. Hier ist insbesondere an die ökonomischen Herausforderungen im Bereich Health Care zu denken, an die Prioritätensetzung oder Rationierung im Gesundheitswesen beziehungsweise die Gestaltung der Gesundheitspolitik.³⁴

³⁰ Vgl. Rippe/Schaber (1998), S. 15.

³¹ Vgl. Pellegrino/Thomasma (1993), S. 18–30.

³² In zugespitzter und durchaus auch ironischer Weise erläutert in: Maxeiner/Miersch (2001).

³³ Einen pragmatischen Vorschlag formulieren Beauchamp/Childress (2001), S. 39, indem sie von einer grundsätzlichen Entsprechung von moralischen Prinzipien und moralischen Tugenden ausgehen (wie sie bei der Fürsorge und der Gerechtigkeit bereits durch die sprachliche Übereinstimmung nahe liegend ist).

³⁴ Vgl. jedoch Höffe (1998): Im Anschluss an Aristoteles und im Kontext der gegen-

Zuletzt bleibt zu beantworten, auf welchem Weg die ärztlichen und pflegerischen Tugenden zu erlernen sind. Sicherlich ist dies nur begrenzt über die intellektuelle Auseinandersetzung möglich, genauso wichtig sind die fortwährende Einübung in ein ärztliches oder pflegerisches Ethos, die Orientierung an beruflichen Vorbildern, das Wählen und Aneignen von beruflichen Idealen und nicht zuletzt das Erkennen und Ausbauen der eigenen charakterlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Literatur

- Agich, George J., *Autonomy and Long-Term Care*, New York/Oxford 1993.
 Aristoteles, *Die Nikomachische Ethik. Griechisch-Deutsch* (übersetzt von Olof Gigon, neu hg. von Rainer Nickel), Düsseldorf/Zürich 2001.
 Beauchamp, Tom L./Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition*, New York 2001.
 Crisp, Roger/Slote, Michael (Hg.), *Virtue Ethics*, Oxford/New York 1997.
 Dörner, Klaus, *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Stuttgart 2001.
 Frank, Arthur W., *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago 1995.
 Haker, Hille, »Compassion« als Weltprogramm des Christentums?, in: *Concilium* 37 (2001), S. 436–450.
 Hauerwas, Stanley, Art. »Virtue and Character«, in: *Encyclopedia of Bioethics*, hg. von Warren Reich, New York 1995.
 Höffe, Otfried, »Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), H. 5, S. A-202–205.
 – Art. »Tugendethik«, in: *Lexikon der Ethik*, hg. von ders., München 1997, S. 306–309.
 Honecker, Martin, »Schwierigkeiten mit dem Begriff Tugend. Die Zweideutigkeit der Tugend«, in: *Tugendethik*, hg. von Klaus Peter Rippe und Peter Schaber, Stuttgart 1998, S. 166–184.
 Honnefelder, Ludger, »Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln. Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik«, in: *Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik*, hg. von ders. und Günter Rager, Frankfurt am Main 1995, S. 135–190.
 Lebacqz, Karen, »The Virtuous Patient«, in: *Virtue and Medicine. Explorations*

wärtigen Debatte über die Verteilung knapper medizinischer Ressourcen wird die Bedeutung der Tugend der *Sophrosyne* (Besonnenheit und Maß) als wichtiges Korrektiv zum menschlichen Laster der *Pleonexie* (Mehr-und-immer-mehr-Wollen) verdeutlicht, und zwar für den Bereich der individuellen Patientenansprüche genauso wie für das Gebiet der medizinischen Forschung.

Probleme und Diskussionen

- in *the Character of Medicine*, hg. von Earl E. Shelp, Dordrecht/Boston/Lancaster 1985, S. 275-288.
- MacIntyre, Alasdair, *Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart*, Frankfurt am Main 1995 (orig.: *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Notre Dame 1981).
- *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Hamburg 2001.
- Maxeiner, Dirk/Miersch, Michael, *Das Mephisto Prinzip. Warum es besser ist, nicht gut zu sein*, Frankfurt am Main 2001.
- Mieth, Dietmar, *Die neuen Tugenden. Ein ethischer Entwurf*, Düsseldorf 1984.
- Morris, David B., »How to Speak Postmodern. Medicine, Illness, and Cultural Change«, in: *Hastings Center Report* 30, 6 (2000), S. 7-16.
- Müller, Anselm W., *Was taugt die Tugend? Elemente einer Ethik des guten Lebens*, Stuttgart/Berlin 1998.
- Nietzsche, Friedrich, *Jenseits von Gut und Böse*, KSA Bd. 5, München 1999.
- Pellegrino, Edmund D., »Bioethics at Century's Turn: Can Normative Ethics Be Retrieved?«, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 25 (2000), S. 655-675.
- »Der tugendhafte Arzt und die Ethik in der Medizin«, in: *Medizin und Ethik*, hg. von Hans-Martin Sass, Stuttgart 1989, S. 40-68.
- »Philosophy of Medicine: Should it be Teleologically or Socially Constructed?«, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11 (2001), S. 169-180.
- , Thomasma, David C., *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington 1996.
- , Thomasma, David C., *The Virtues in Medical Practice*, New York/Oxford 1993.
- Porter, Jean, *Moral Action and Christian Ethics*, Cambridge 1995.
- Rippe, Klaus Peter/Schaber, Peter (Hg.), *Tugendethik*, Stuttgart 1998.
- , Schaber, Peter, »Einleitung«, in: *Tugendethik*, hg. von dies., Stuttgart 1998, S. 7-18.
- Schockenhoff, Eberhard, *Zur Lüge verdammt? Politik, Medien, Medizin, Justiz, Wissenschaft und die Ethik der Wahrheit*, Freiburg i. Br. 2000.
- Schuster, Josef, *Moralisches Können. Studien zur Tugendethik*, Würzburg 1997.
- Shelp, Earl E. (Hg.), *Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht/Boston/Lancaster 1985.
- Thomas von Aquin, *Summa theologica II-II*, Deutsche Thomas-Ausgabe, Bde. 15-24, Heidelberg u. a. 1950 ff.
- Wallroth, Martin, *Moral ohne Reife? Ein Plädoyer für ein tugendethisches Moralverständnis*, Freiburg/München 2000.