

STEPHAN ERNST  
Universität Würzburg, Deutschland  
<https://orcid.org/0009-0007-6548-5570>  
[stephan.ernst@uni-wuerzburg.de](mailto:stephan.ernst@uni-wuerzburg.de)

## Die vier medizinethischen Prinzipien und das Kriterium der Verhältnismäßigkeit<sup>1</sup>

1. Das Konzept der vier medizinethischen Prinzipien – 2. Probleme des Konzepts der vier medizinethischen Prinzipien – 3. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit – 4. Nicht-Schaden (*non-maleficence*) – 5. Wohltun und Fürsorge (*beneficence*) – 6. Respekt vor der Autonomie (*autonomy*) – 7. Gerechtigkeit (*justice*) – 8. Der Zusammenhang der vier medizinethischen Prinzipien

### 1. Das Konzept der vier medizinethischen Prinzipien

Innerhalb der Medizinethik hat sich das von Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelte Konzept der *Principles of Biomedical Ethics*<sup>2</sup> als einflussreich erwiesen und ist heute dominierend geworden. Die Autoren gehen davon aus, dass sich ethische Entscheidungen in der Medizin weder rein deduktiv noch rein induktiv begründen lassen. Zum einen nämlich ließen sie sich nicht aus einem ethischen Grundprinzip ableiten. Alle gängigen ethischen Ansätze (Naturrecht, Utilitarismus, Pflichtethik) hätten sich bei situativen Entscheidungen als unzureichend

---

<sup>1</sup> Der Beitrag enthält Passagen, die auch im Buch Stephan Ernst. 2020. *Am Anfang und Ende. Grundfragen medizinischer Ethik*. Freiburg – Basel – Wien: Herder, enthalten sind.

<sup>2</sup> Tom L. Beauchamp, James F. Childress. 2009<sup>6</sup>. *Principles of Biomedical Ethics*, New York – Oxford: Oxford University Press.

erwiesen. Auch der Versuch einer Letztbegründung ethischer Prinzipien wird skeptisch gesehen. Zum anderen aber ließen sich ethische Entscheidungen auch nicht durch Vergleich mit bisher intuitiv getroffenen Einzelfallentscheidungen begründen. Hier würden bereits moralische Überzeugungen vorausgesetzt, die nicht hinterfragt noch begründet sind. Weder ein *top-down-Modell* noch ein *bottom-up-Modell* scheint also in medizinisch-ethischen Entscheidungsfragen hilfreich zu sein<sup>3</sup>.

Beauchamp und Childress schlagen deshalb einen pragmatischen Ansatz vor, indem sie Handlungsprinzipien benennen, die auf einer mittleren Ebene zwischen bloß individuellen Einzelentscheidungen und einem einzigen ethischen Grundprinzip andererseits liegen. Es handelt sich um Prinzipien, die sich aus der Erfahrung als grundlegende Orientierungspunkte für verantwortliches Handeln erwiesen haben. Diese vier Prinzipien sind:

- a) die Autonomie des Patienten respektieren (*respect for autonomy*),
- b) dem Patienten nicht schaden (*non-maleficence*),
- c) für das Wohl des Patienten Fürsorge tragen (*beneficence*),
- d) handeln und entscheiden nach Gerechtigkeit (*justice*).

Diese vier Prinzipien auf mittlerer Abstraktionsebene bieten einerseits hinreichend konkrete Orientierungspunkte für ethische Entscheidungen, mit deren Hilfe man eine ethische Frage strukturieren kann. Andererseits lassen sie durch ihre Allgemeinheit Raum für Pluralität moralischer Überzeugungen sowie für Einzelfallbeurteilungen. Diese Vorteile dürften dazu beigetragen haben, dass das Konzept der vier medizinethischen Prinzipien heute zu den selbstverständlichen, ja unhinterfragten<sup>4</sup> Grundlagen der Medizinethik gehört.

## 2. Probleme des Konzepts der vier medizinethischen Prinzipien

Allerdings ist dieser Ansatz keineswegs unproblematisch. Immer wieder kommt es vor, dass die vier Prinzipien in der praktischen Anwendung in Konflikt geraten und Ärzte, Pfleger oder Entscheidungsträger vor Dilemmata stehen. Der Respekt vor der

<sup>3</sup> Vgl. dazu ebd., 369–375 (zum Top-Down-Modell) und 375–381 (zum Bottom-Up-Modell). Eine Übersicht über den Ansatz bietet auch: Tom L. Beauchamp. 2005. Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik. In *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Hg. Oliver Rauprich, Florian Steger, 48–73. Frankfurt – New York: Campus.

<sup>4</sup> Vgl. dazu: K. Danner Clouser, Bernard Gert. 2005. Eine Kritik der Prinzipienethik. In *Prinzipienethik in der Biomedizin*, 88–108, bes. 88: „Im ganzen Land erschallt aus den Scharen der zum bioethischen Bewusstsein Bekehrten ein Mantra: ‚Wohltun ... Autonomie ... Gerechtigkeit ...‘. Diese rituelle Beschwörung angesichts bioethischer Dilemmata gibt den Anstoß zu unserer Untersuchung“.

Autonomie des Patienten kann etwa mit dem Prinzip der Fürsorge in Widerstreit geraten, wenn der Arzt zu der Auffassung kommt, ein bestimmter Eingriff sei indiziert, während der Patient dies ablehnt. Aber auch das Prinzip der Gerechtigkeit kann mit dem Prinzip der Fürsorge in Konflikt geraten, wenn etwa eine faire Gleichbehandlung aller Patienten dazu führt, dass einzelnen Patienten bestimmte Behandlungsmaßnahmen vorenthalten werden müssen. So liegt die Schwierigkeit nicht in der Anerkennung der vier Prinzipien als Handlungsorientierung. Dass man die Patientenautonomie respektieren muss, dass man ihm nicht schaden darf, sondern sein Wohlergehen fördern und alle Patienten gerecht behandeln soll, ist leicht konsensfähig. Die Schwierigkeit beginnt mit der Frage, welche konkreten Entscheidungen diesen Handlungsprinzipien jeweils entsprechen. Ab wann ist ein Zuviel oder ein Zuwenig an Respekt vor der Autonomie gegeben, ab wann ein Zuviel oder ein Zuwenig an Fürsorge? Welche konkrete Handlungsweise ist tatsächlich gerecht?

Nach Beauchamp und Childress müssen in solchen Konfliktsituationen die Prinzipien abgewogen und für den Einzelfall spezifiziert werden. Kriterium dafür sei die menschliche Urteilskraft und die Kohärenz mit anderen Spezifizierungen und mit den vier Prinzipien selbst. Dieser Kohärenztheorie liegt die Idee zugrunde, dass durch wiederholtes Abgleichen von Einzelfällen und Prinzipien ein *Überlegungsgleichgewicht*<sup>5</sup> erreicht wird. Auf jedes weitere, äußerlich hinzukommende Kriterium dagegen wird verzichtet. Doch wie kann die Abwägung zwischen den Prinzipien auf nicht willkürliche Weise erfolgen? Wenn etwa in einer Behandlungssituation die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung darüber sind, ob die Selbstbestimmung des Patienten Vorrang vor dem Verbot zu schädigen hat, bietet dieser Ansatz kein rationales Kriterium für eine Konsensfindung<sup>6</sup>. Diese Schwierigkeit können ethische Ansätze, die von einem obersten Grundprinzip ausgehen, vermeiden.

Auch können im Umgang mit den medizinethischen Prinzipien – mehr oder weniger bewusst – unterschiedliche ethische Grundpositionen leitend werden. So ist davon auszugehen, dass etwa die Frage, worin Gerechtigkeit besteht, was ein Schaden ist und ob ein Schaden nur durch Tun oder auch durch Unterlassen entstehen kann, von einem Utilitaristen anders beurteilt wird als von einem Kantianer oder von einem Vertreter des Naturrechts<sup>7</sup>. Werden aber solche unterschiedlichen impliziten Ansätze nicht thematisiert und einem Begründungsdiskurs unterzogen, besteht die Gefahr, dass die Entscheidungen von Machtkonstellationen (etwa Hi-

<sup>5</sup> Beauchamp, Childress. 2009<sup>6</sup>. *Principles of Biomedical Ethics*, 381–387.

<sup>6</sup> Marcus Düwell. 2008. *Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche*. Stuttgart: Metzler, 92.

<sup>7</sup> Dieter Birnbacher. 1993. Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?. In *Herausforderungen der Bioethik*. Hg. Johann S. Ach, Andreas Gaidt, 56–57. Stuttgart – Bad Cannstatt: Frommann Holzbook.

erarchie in der Klinik) oder von faktisch herrschenden Vorlieben, Vorurteilen und Überzeugungen beeinflusst werden.

Das Konzept von Beauchamp und Childress führt so zur Frage nach einem Grundkriterium verantwortlichen Handelns zurück. Im Folgenden soll das Prinzip der Verhältnismäßigkeit als ein solches Grundkriterium vorgestellt werden, von dem her sich die vier medizinethischen Prinzipien rekonstruieren und konkretisieren lassen.

### 3. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit

Wenn neue Behandlungsmethoden entwickelt werden oder neue Medikamente auf den Markt kommen, die deutlich weniger Nebenwirkungen haben als frühere Therapiemöglichkeiten, so wird ein verantwortungsvoller Arzt *ceteris paribus* die neue Behandlungsart anwenden oder das neue Präparat verschreiben und nicht mehr das mit mehr Nebenwirkungen. In der Behandlung chronischer Schmerzen wird gewöhnlich nach einem Stufenmodell vorgegangen, wonach der Schmerz zunächst mit schwächeren Mitteln gestillt werden soll und erst dann, wenn diese keine Wirkung zeigen, zu stärkeren Medikamenten übergegangen wird<sup>8</sup>. Bei einer Blutvergiftung wird nur dann eine Amputation vorgenommen, wenn alle anderen Mittel (etwa Behandlung mit Antibiotika) keinen Erfolg haben und der Patient sonst sterben würde; und auch dann wird die Amputation so begrenzt wie möglich gehalten. Verantwortliches ärztliches Handeln besteht offensichtlich immer schon darin, die negativen Nebenwirkungen, die um der Bekämpfung der Krankheit oder um der Lebensrettung willen erforderlich sind, möglichst gering zu halten. Man kann hier vom Prinzip der wahren Verhältnismäßigkeit sprechen. Wie lässt sich dieses Prinzip genauer bestimmen?<sup>9</sup>

Ausgangspunkt ist die Einsicht, dass alles menschliche Handeln immer von einem Wert oder Nutzen her begründet und motiviert wird, andererseits durch die

<sup>8</sup> Christoph Maier, Hans-Chistoph Diener, Ulrike Bingel (Hg.). 2017<sup>5</sup>. *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien*. München: Urban & Fischer Verlag, Elsevier, 391–483; 393–399. Vgl. auch den WHO-Stufenplan für die Behandlung chronischer Schmerzen im Unterschied zur Behandlung akuter Schmerzen: WHO. 1996<sup>2</sup>. *Therapie tumorbedingter Schmerzen*. Marburg.

<sup>9</sup> Stephan Ernst. 2022. Verhältnismäßigkeit – Grundprinzip verantwortlichen Handelns. In *Ermittlung zur Verantwortung* (FS Josef Römelt). Hg. Christof Mandry, Stefan Meyer-Ahlen (Studien zur Moralthologie, NF 16), 59–75. Münster: Aschendorff; Stephan Ernst. 2023. Verhältnismäßigkeit – Prinzip verantwortlichen Handelns. In *Ethisches Argumentieren – Reichweite und Grenzen zentraler Denkfiguren* (Jahrbuch für Moralthologie, Bd. 7). Hg. Katharina Klöcker, Thomas Weißer, 192–202. Freiburg i. Br.: Herder.

Handlung, durch die wir dieses Gut erreichen wollen, immer auch Übel und Schäden mitverursacht oder zugelassen werden. Alles Handeln hat immer auch negative Nebenwirkungen. Solche Nebenwirkungen lassen sich nach dem Verhältnismäßigkeitsprinzip nur dann rechtfertigen und verantworten, wenn sie geeignet, erforderlich und angemessen sind<sup>10</sup>. So ist die genannte Amputation nur dann verantwortlich, wenn nur so das Leben des Patienten gerettet werden kann (*ultima ratio*), wenn also keine milderen Mittel zur Verfügung stehen; sie ist dann als „Lebensrettung“ zu qualifizieren und zu bezeichnen. Ist sie nicht erforderlich, sondern würde auch die Gabe von Antibiotika ausreichen, ist sie unverantwortlich und eine unerlaubte und strafbare „Verstümmelung“.

Genauer lassen sich folgende Bedingungen nennen: Die Verursachung oder Zulassung von Übeln und Schäden muss auf das geringstmögliche Maß gebracht werden; unverantwortlich ist es, wenn die Übel größer als nötig sind. Es ist weiter darauf zu achten, ob die Übel, die bei Handlungsverzicht eintreten würden, größer sind als die Übel, die man durch sein Handeln verursacht; man ist auch für das verantwortlich, was man nicht tut, obwohl man es tun könnte<sup>11</sup>. Schließlich ist die Verursachung oder Zulassung von Schäden und Übel dann unverantwortlich, wenn das erstrebte Gut durch die negativen Nebenwirkungen gemindert oder zerstört wird, wenn die Handlung also in sich kontraproduktiv wird<sup>12</sup>.

Damit verhältnismäßiges Handeln auch verantwortliches Handeln ist, müssen aber noch zwei weitere Aspekte gegeben sein. So ist es (1) nicht damit getan, dass ein medizinischer Eingriff kurzfristig eine Linderung der Beschwerden schafft, wenn er auf Dauer zu umso größeren Beschwerden führt. Dagegen kann es unumgänglich sein, jetzt Unannehmlichkeiten zu bereiten, damit langfristig Schlimmeres vermieden wird. Weiterhin gehört (2) zu verantwortlichem Handeln, dass man den Wert, den man verwirklichen will, im Ganzen erstrebt, also nicht nur für sich, sondern so, dass er auch für andere und für alle zugänglich bleibt. Dies hat im medizinischen Bereich insbesondere Bedeutung für die Fragen einer gerechten Allokation und Priorisierung.

---

<sup>10</sup> In der Rechtswissenschaft ist das Prinzip der Verhältnismäßigkeit bzw. des Übermaßverbots gängig, wenn es um die Frage geht, in welchem Maß der Staat in Grundrechte der Bürger eingreifen darf, etwa um gegen Terrorismus schützen zu können. Nach diesem Prinzip des Übermaßverbots müssen solche Eingriffe 1.) geeignet, 2.) erforderlich und 3.) angemessen bzw. verhältnismäßig im engeren Sinne sein. Im letzten Punkt wird es um eine eigentliche Abwägung von Werten, Gütern und Übeln gehen.

<sup>11</sup> Vgl. dazu die Formulierung der Übelminimierungsregel und der Übelabwägungsregel in Wilhelm Korff, 1992. Ethische Krieteriologie. In *Die Energiefrage. Entdeckung ihrer ethischen Dimension*. Hg. Wilhelm Korff, 25. Trier: Paulinus.

<sup>12</sup> Peter Knauer, 2002. *Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik*. Frankfurt am Main: Books on Demand, 27–33.

Was ergibt sich ausgehend von diesem Prinzip der Verhältnismäßigkeit für das Verständnis der vier medizinethischen Prinzipien und deren Zusammenhang?

#### 4. Nicht-Schaden (*non-maleficence*)

Unübersehbar ist zunächst die Nähe des Verhältnismäßigkeitsprinzips zum Nichtschadens-Prinzip. Auch das Nichtschadens-Prinzip will nicht sagen, dass man bei der Behandlung von Patienten überhaupt keine Übel verursachen oder zulassen dürfe, sondern nur, dass man keinen ungerechtfertigten, d.h. unverhältnismäßigen Schaden verursachen oder zulassen darf. Ist die Zufügung eines begrenzten Schadens oder Übels notwendig und erforderlich, um ein größeres Übel zu verhindern, wäre es unverantwortlich, dies – etwa um dem Patienten Schmerzen zu ersparen – nicht zu tun. Mit dem Ansatz bei der zu wahrenen Verhältnismäßigkeit ist also ein Prinzip gewählt, das nicht nur in der medizinischen Praxis bereits immer schon beheimatet ist, sondern das auch innerhalb der vier medizinethischen Prinzipien selbst einen zentralen Stellenwert besitzt. Allerdings lassen sich noch weitere Präzisierungen hinzufügen.

**4.1** So lässt sich das in der Tradition oft missverständlich formulierte Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung sinnvoll und hilfreich verstehen<sup>13</sup>. Dieses aus der Tradition der Moraltheologie stammende und vom Lehramt der Katholischen Kirche gerade in medizinethischen Problemen angewendete Prinzip wollte Entscheidungskriterien für solche Fälle an die Hand geben, in denen ein und dieselbe Handlung zwei Wirkungen, nämlich eine gute und eine schlechte, hat. Darf man in solchen Fällen etwas Schlechtes verursachen oder zulassen, um etwas Gutes zu erreichen?

Ausgehend von diesem Prinzip sah es das Lehramt der Katholischen Kirche etwa als unerlaubt an, dass man dann, wenn bei der Geburt das Kind im Geburtskanal stecken bleibt, und damit das Leben der Mutter und des Kindes bedroht ist, das Kind durch eine Kraniotomie tötet, um dadurch wenigstens das Leben der

<sup>13</sup> In seiner traditionellen Formulierung besagt dieses Prinzip, dass eine solche Handlung mit Doppelwirkung nur dann ethisch erlaubt ist, wenn 1) die Handlung, aus der die beiden Wirkungen hervorgehen, nicht bereits in sich sittlich schlecht ist, 2) die schlechte Wirkung nicht das Mittel zum Erreichen der guten Wirkung ist, (sondern gleich unmittelbar mit der guten Wirkung aus der Handlung hervorgeht,) 3) die schlechte Wirkung nicht als Ziel intendiert wird und 4) für die schlechte Wirkung entsprechende rechtfertigende Gründe bestehen. Adrian Holderegger. 1990. Prinzip der Doppelwirkung. In *Neues Lexikon der christlichen Moral*. Hg. Hans Rotter, Günter Virt, 95–98. Innsbruck – Wien: Tyrolia. – Hier wird auch auf die unterschiedliche Formulierung dieses Prinzips im Verlauf der Geschichte aufmerksam gemacht.

Mutter zu retten<sup>14</sup>. Ähnlich gilt es als unerlaubt, bei einer Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft das Leben wenigstens eines oder zwei der Föten dadurch zu retten, dass ein weiterer entfernt wird. Andererseits galt und gilt es als erlaubt, bei Gebärmutterkrebs eine Hysterektomie auch bei bestehender Schwangerschaft vorzunehmen und dabei als Folge den Tod des Kindes zu verursachen<sup>15</sup>. Die unterschiedliche Bewertung dieser Fälle wurde nach Kriterium (2) so begründet: Bei der Kraniotomie wird zuerst das Kind direkt getötet (schlechte Wirkung) und erst dann und dadurch das Leben der Mutter gerettet (gute Wirkung); bei der Hysterektomie dagegen wird zuerst und direkt der lebensbedrohliche Krebs beseitigt (gute Wirkung) und erst dann in Folge der Operation der Tod des Fötus verursacht (schlechte Wirkung), sein Tod werde nicht direkt herbeigeführt, sondern nur indirekt als schlechte Nebenfolge in Kauf genommen. Man dürfe nicht etwas Schlechtes tun, um dadurch Gutes zu erreichen. Der gute Zweck heilige nicht das schlechte Mittel.

Doch scheint diese Unterscheidung nicht plausibel. Kann es tatsächlich verantwortlich sein, den Tod von zwei oder mehr Menschen zuzulassen, obwohl man dies durch die Tötung eines dieser Menschen verhindern kann? Hat man nicht auch für das Leben der Mutter oder des Geschwisterkindes Verantwortung? Ist es tatsächlich für die ethische Bewertung entscheidend, welche von beiden Wirkungen zeitlich als erste und welche erst danach eintritt? Ist das nicht Haarspalterei? Nicht nur innerhalb der Medizin<sup>16</sup>, der Philosophie<sup>17</sup> und der Rechtswissenschaft<sup>18</sup>, sondern

---

<sup>14</sup> Vgl. etwa Pius XII. 1951. „Ansprache an die Mitglieder des katholischen Hebammenverbandes Italiens“ (29. Oktober 1951). *Acta Apostolicae Sedis* (43) : 838: „Inoltre ogni essere umano, anche il bambino nel seno materno, ha il diritto alla vita *immediatamente* da Dio, non dai genitori, nè da qualsiasi società o autorità umana. Quindi non vi è nessun uomo, nessuna autorità umana, nessuna scienza, nessuna ‚indicazione‘ medica, eugenica, sociale, economica, morale, che possa esibire o dare un valido titolo giuridico per una *diretta* deliberata disposizione, che miri alla sua distruzione, sia come scopo, sia come a mezzo per un altro scopo, per sè forse in nessun modo illecito. Così, per esempio, salvare la vita della madre è un nobilissimo fine; ma l’uccisione diretta del bambino come mezzo a tal fine, non è lecita“.

<sup>15</sup> Kongregation für die Glaubenslehre. 2015. Antworten auf vorgelegte Fragen zur „Gebärmutterisolierung“ und auf weitere Fragen. In *Dokumente seit dem Zweiten Vatikanischen Konzil. Erweiterte Ausgabe (1966–2013)*. Freiburg – Basel – Wien: Herder, 529–531; lateinischer Originaltext in: AAS 86 (1994) 820–821.

<sup>16</sup> Vgl. dazu exemplarisch auch die Kritik von Beauchamp, Childress. 2009<sup>6</sup>. *Principles of Bio-medical Ethics*, 162–166; Martin Klein. 2006. „Aktive Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung“. *Aufklärung und Kritik. Sonderheft* (11) : 40–54.

<sup>17</sup> Dieter Birnbacher. 1995. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam, 192–196.

<sup>18</sup> Eric Hilgendorf. 2010<sup>2</sup>. 15 Thesen zu Sterbehilfe und assistiertem Suizid. In *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. Hg. Felix Thiele, 146. München: Wilhelm Fink.

auch innerhalb der heutigen Moralthologie<sup>19</sup> ist diese Argumentation jedenfalls wegen solcher und ähnlicher Konsequenzen fragwürdig geworden.

Das Problem entfällt aber, wenn man davon ausgeht, dass die Verursachung oder Zulassung eines nicht-sittlichen Übels, um ein nicht-sittliches Gut zu erreichen, dann ethisch gerechtfertigt, ja möglicherweise sogar verpflichtend ist, wenn die Verursachung des Übels verhältnismäßig ist, weil sie in dem angestrebten Gut einen rechtfertigenden Grund hat bzw. andernfalls noch mehr oder ein noch größeres Übel entstehen würde. Auf diese Weise ließe sich nicht nur die Entfernung des Uterus mit anschließendem Tod des Fötus rechtfertigen, sondern auch die Kraniotomie, um wenigstens das Leben der Mutter zu retten, oder auch die Fötenreduktion, um wenigstens einem der Föten Lebensmöglichkeit zu geben.

**4.2** Damit ergibt sich auch eine Klärung der Unterscheidung von direkt beabsichtigt und indirekt in Kauf genommen. So lässt sich in den beiden zuletzt genannten Fällen sagen, dass die Verursachung des Übels (jeweils der Tod eines Fötus), auch wenn sie psychologisch bewusst beabsichtigt ist, ethisch gesehen dennoch außerhalb der Intention bleibt und deshalb nur indirekt in Kauf genommen wird. Der Unterschied zwischen psychologischer und ethischer Intention bei einer Handlung lässt sich wiederum am Beispiel der Amputation deutlich machen: Wenn ein solcher Eingriff um der Lebensrettung willen erforderlich ist, wenn also das Abnehmen des Beins oder der Hand durch das umfassendere Gut der Lebensrettung gerechtfertigt ist, kann man sagen, dass in diesem Fall – ethisch gesehen – das direkt Intendierte die Lebensrettung ist, während die Verursachung des Übels außerhalb der Intention bleibt und nur indirekt in Kauf genommen wird. Und dies obwohl der Arzt, der diese Amputation durchführt, psychologisch gesehen vermutlich ganz auf die fachgerechte Entfernung des kranken Körperteils und damit auf die Verursachung des Übels konzentriert ist, während er möglicherweise im Verlauf der Operation gar nicht an die Rettung des Lebens seines Patienten denkt. Anders wäre es, wenn die Amputation nicht notwendig wäre. Dann müsste man sagen, dass das Übel des fehlenden Armes oder Beins das direkt Beabsichtigte ist und deshalb auch von „Verstümmelung“ und nicht von „Lebensrettung“ sprechen. Das Verständnis der Intention im ethischen Sinne ist also deutlich zu unterscheiden von dem, was der Arzt vielleicht im psychologischen Sinne beabsichtigt. Ähnlich irrelevant für die Unterscheidung von direkt beabsichtigt und indirekt in Kauf genommen wie

---

<sup>19</sup> Bruno Schüller. 1980<sup>2</sup>. *Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie*. Düsseldorf: Patmos, 181–196; Knauer. 2002. *Handlungsnetze*, 27–33; Peter Knauer. 1980. „Fundamentelethik: Teleologische als deontologische Normbegründung“. *Theologie und Philosophie* (55) : 321–360.

das, was man im psychologischen Sinn beabsichtigt, ist es dann aber auch, ob die schlechte Wirkung physisch oder zeitlich vor der guten Wirkung eintritt oder nicht.

Wenn das Prinzip der Verhältnismäßigkeit in dieser Weise eine Abwägung von Gütern und Übel innerhalb ein und derselben Handlung zulässt, so bedeutet dies andererseits nicht, dass sich diese Güter- und Übel-Abwägung utilitaristisch beliebig ausweiten lässt. Denn wenn eine Behandlungsmaßnahme in sich erst einmal als unverhältnismäßig oder kontraproduktiv erkannt ist, kann man sie nicht wieder dadurch rechtfertigen, dass ihre Durchführung doch einem weiteren, guten Ziel dient. Eine Amputation vorzunehmen, ohne dass sie zur Lebensrettung erforderlich ist, ist unverhältnismäßig und deshalb unverantwortlich. Es handelt sich um eine „Verstümmelung“. Solche Praktiken – also etwa die Durchführung unnötiger Operationen – lassen sich auch nicht damit ethisch rechtfertigen, dass auf diese Weise die Klinik finanziell aufrechterhalten und damit vielen anderen Patienten geholfen werden könne.

In diesem Fall gilt der in der Tradition der Ethik gut beheimatete Grundsatz, dass der gute Zweck nicht das schlechte Mittel heiligt. Mit diesem Grundsatz ist also nicht gemeint, man dürfe überhaupt kein nicht-sittliches Übel verursachen oder zulassen. Wenn dies von dem die Handlung begründenden nicht-sittlichen Gut her gerechtfertigt ist, gilt der Grundsatz nicht. Erst wenn eine Handlung bereits in sich unverhältnismäßig ist und damit ein sittliches Übel darstellt, gilt der Satz, dass eine solche Handlung nicht als Mittel von einem weiteren nicht-sittlichen oder auch sittlichen guten Zweck her geheiligt werden kann.

## 5. Wohltun und Fürsorge (*beneficence*)

Dass die Übel und Schäden, die beim jeweiligen Handeln mitverursacht bzw. zugelassen werden, möglichst gering zu halten sind, setzt aber bereits voraus, dass das Handeln eigentlich von einem bestimmten Gut oder Wert her begründet ist. Im Fall medizinischen Handelns scheint dieses grundlegende, alles Handeln begründende Gut, um das es in allem ärztlichen Handeln geht, im Wohl des Patienten zu bestehen<sup>20</sup>: *Salus aegroti suprema lex*. Im Nichtschadens-Prinzip ist also bereits das Prinzip des Wohltuns bzw. der Fürsorge (*beneficence*) vorausgesetzt. Allerdings hat auch das Prinzip des Wohltuns und der Fürsorge in sich selbst Grenzen des Verantwortbaren, die sich ihrerseits ebenfalls unter Rückgriff auf das Verhältnismäßigkeitsprinzip bestimmen und begründen lassen.

---

<sup>20</sup> Beauchamp, Childress. 2009<sup>6</sup>. *Principles of Biomedical Ethics*, 197f.

**5.1** Eine erste Grenze besteht darin, dass das wohlwollende Engagement und die Fürsorge für das Wohl des Patienten dann unverhältnismäßig oder sogar kontraproduktiv und damit unverantwortlich werden kann, wenn es in der Form des Raubbaus an der eigenen Gesundheit geschieht. Ein Engagement für andere kann auf Dauer und langfristig gesehen nur dann tragend und wirkungsvoll sein, wenn es nicht zu einer Überforderung führt, die die eigenen Ressourcen und die eigene Leistungsfähigkeit aushöhlt. Im medizinischen und pflegerischen Bereich betrifft dies insbesondere auch die institutionellen Rahmenbedingungen von langen Arbeitszeiten, Nachtschichten und Personalknappheit.

Dieses Problem, dass die Befolgung des Fürsorgeprinzips zum Raubbau an den eigenen Ressourcen der Fürsorge führen kann, hat seine Grundlage darin, dass es sich bei dem entsprechenden ethischen Gebot der Fürsorge nicht – wie beim Nichtschadens-Prinzip – um ein negatives, sondern um ein affirmatives Gebot handelt. Während die negativen Gebote ein ethisch unerlaubtes und unverantwortliches Handeln verbieten (etwa: Du sollst nicht töten!) und damit immer verpflichten und auch vollständig erfüllbar sind, ist dies bei affirmativen Geboten nicht der Fall. Affirmative Gebote nämlich gebieten positiv, Gutes zu tun; nach Beauchamp und Childress auch, Übel und Schäden zu verhindern, zu beseitigen und zu lindern sowie Gutes zu tun und zu fördern. Damit aber ist ein solches Gebot nie vollständig erfüllbar, weil die Möglichkeiten, Gutes zu tun bzw. Übel und Schäden zu verhindern und zu beseitigen, unabsehbar sind. Es kann deshalb auch nicht immer verpflichten, weil eine solche Verpflichtung zu einer Überforderung des Menschen führen und so letztlich weniger Gutes verwirklicht würde, als wenn man sich in der Verwirklichung des Guten begrenzt und mit seinen Kräften haushaltet.

**5.2** Das Verhältnismäßigkeitsprinzip trägt aber auch etwas für die nähere Bestimmung und Eingrenzung des Ziels medizinischer Fürsorge und ärztlichen und pflegerischen Handelns aus. Die traditionelle Zielangabe mit dem Stichwort „Lebenserhaltung“ scheint sich nämlich unter den Bedingungen der modernen Intensivmedizin immer mehr als unbefriedigend zu erweisen. Deutlich wird dies spätestens dort, wo mit Hilfe der Intensivmedizin – wie beim irreversiblen Koma – der menschliche Organismus auch dann noch am Leben und Funktionieren gehalten werden kann, wenn der Mensch sein Leben definitiv nicht mehr selbst leben oder vollziehen kann.

Wenn man davon ausgeht, dass spätestens dann die Pflicht der Lebenserhaltung nicht mehr besteht, sondern entsprechende Bemühungen unverhältnismäßig sind (es sei denn, es sollen etwa noch Organe entnommen werden), wird deutlich,

dass zwischen dem rein physischen, biologischen Leben des Menschen einerseits und seinem Lebensvollzug, in dem er sein Leben lebt, andererseits unterschieden werden muss, wobei das physische, biologische Leben des Menschen als Voraussetzung auf den Lebensvollzug des Menschen hingeordnet ist. Dabei ist mit dem Ausdruck „Lebensvollzug“ keine inhaltliche oder normative Vorstellung von einer bestimmten Lebensqualität oder von bestimmten Fähigkeiten und Fertigkeiten verbunden, die den Lebensvollzug ausmachen und als lebenswert bzw. nützlich erscheinen lassen. Mit „Lebensvollzug“ ist lediglich die Tatsache gemeint, dass der Mensch sein Leben selbst wahrnimmt und vollzieht. Dies kann im Extremfall auch in der bloßen „Selbstpräsenz“, also im bloßen „Sich-selbst-gegenwärtig-Sein“ oder auch im bloßen „Sich-selbst-Fühlen“ bestehen<sup>21</sup>.

Ausgehend von dieser Unterscheidung sowie von der Hinordnung des physischen, biologischen Lebens auf den Lebensvollzug lässt sich dann aber das Ziel medizinischen Handelns genauer bestimmen: Es besteht nicht mehr einfach in der Lebenserhaltung, sondern darin, dem Patienten im Rahmen dessen, was möglich ist, optimale Bedingungen für dessen Lebensvollzug zu schaffen und zu erhalten.

Im Blick auf dieses Ziel ist zu beurteilen, welche medizinischen Maßnahmen tatsächlich förderlich und welche eher unverhältnismäßig oder gar kontraproduktiv sind. Dabei ergibt sich selbstverständlich, dass es dem Arzt um die Erhaltung der Gesundheit und des physischen Lebens des Patienten gehen muss, weil dadurch die Bedingungen des Lebensvollzugs optimiert werden. Darüber hinaus ergibt sich aus diesem Ziel aber auch, dass mit dem Enden der Möglichkeiten kurativer Medizin die Aufgabe des Arztes noch nicht beendet ist. Dem Patienten möglichst optimale Bedingungen des Lebensvollzugs zu schaffen, schließt auch die Möglichkeiten der symptomatischen und palliativen Behandlungsmaßnahmen und der menschlichen Begleitung mit ein. Schließlich ergibt sich auch, dass man – konfrontiert mit dem Wunsch von schwer kranken Menschen, sterben zu wollen oder endlich sterben zu dürfen – im Sinne der Verhältnismäßigkeit zunächst versuchen sollte, diesen Wunsch – etwa durch palliativmedizinische Maßnahmen und vor allem menschliche Zuwendung und Betreuung – zum Verschwinden zu bringen als dadurch, dass man ihn sofort erfüllt.

Umgekehrt lässt sich aber auch sagen, dass Behandlungsmaßnahmen, die nicht mehr zu einer Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Möglichkeit des Lebensvollzugs beitragen, sondern diesen eher beeinträchtigen, unterlassen oder auch ab-

---

<sup>21</sup> Barbara Andrade. 2005. Menschenwürde. Anthropologische und theologische Überlegungen. In *Hören – Glauben – Denken* (FS P. Knauer). Hg. Gerhard Gäde, 255. Münster: LIT.

gebrochen werden können, auch wenn damit das biologische Leben nicht in dem Maße verlängert wird, wie es medizinisch-technisch möglich wäre<sup>22</sup>. Dies gilt nicht nur für den Fall des definitiven und irreversiblen Komas, in dem der Mensch die Möglichkeit des Lebensvollzugs endgültig verloren hat und nie mehr wiedererlangen kann. Dies gilt auch im Fall von Behandlungsmaßnahmen, die den Lebensvollzug im Ganzen und langfristig eher einschränken als dass sie ihn fördern. So mag es zwar technisch möglich sein, bei einem Krebspatienten im Endstadium durch Operationen noch einige Tage oder Wochen „herauszuholen“. Dennoch wird u.U. gerade dadurch dem Patienten die Möglichkeit genommen, das Ende seines Lebens bewusst und in Kommunikation mit den Angehörigen zu durchleben. Dasselbe gilt für künstliche Ernährung, die ab einem bestimmten Zeitpunkt größere Leiden verursachen kann, als dass sie nützt.

Es gilt also abzuwägen, welche Behandlungsmaßnahmen im Blick auf das Ziel der Optimierung des Lebensvollzugs tatsächlich geeignet und erforderlich sind. Das ist zunächst sicher eine Frage des medizinischen Sachwissens und der Abwägung der Risiken. Dann aber spielen bei solchen Abwägungen, gerade weil es um die Optimierung der individuellen Lebensmöglichkeiten geht, immer auch persönliche, biographische, die Identität des jeweiligen Patienten betreffende Faktoren eine Rolle. Es ist wichtig zu beachten, was für den jeweiligen Patienten in seiner Situation und vor dem Hintergrund seines Lebens, aber auch seiner psychologischen und sozialen, aber auch seiner Sinn- und Wertvorstellungen, wirklich eine Verbesserung des Lebensvollzugs und der Lebensmöglichkeiten bedeutet. Dazu ist der einfühlsame Dialog mit dem Patienten darüber, was er selbst tatsächlich als Verbesserung seines Lebensvollzugs empfindet, und damit die Orientierung am Patientenwillen unverzichtbar und konstitutiv. Nur im Gespräch mit dem Patienten lässt sich herausfinden, worin noch die jeweiligen Lebensziele bestehen: Für den einen mag das noch eine Reise sein, ein anderer möchte noch ein Buch lesen, wieder ein anderer möchte noch einen bestimmten Angehörigen sprechen. Und nur im Blick auf diese individuellen Ziele lässt sich sagen, was tatsächlich der Optimierung der Lebensmöglichkeiten des jeweiligen Patienten dient und was sie eher behindert, was noch verhältnismäßig und erforderlich und was nicht mehr verhältnismäßig, sondern überflüssig oder gar kontraproduktiv ist.

---

<sup>22</sup> In diesem Sinne heißt es auch in der Erklärung der Glaubenskongregation zur Sterbehilfe, dass man medizinische Maßnahmen abbrechen darf, „(...) wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt. Bei dieser Entscheidung sind aber der berechnete Wunsch des Kranken und seiner Angehörigen sowie das Urteil kompetenter Fachärzte zu berücksichtigen“. Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre. 1980. *Erklärung zur Euthanasie Iura et bona*. (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 20). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 12.

## 6. Respekt vor der Autonomie (*autonomy*)

Mit diesen Überlegungen zum Ziel medizinischer Fürsorge wurde bereits deutlich, dass für die angemessene Verwirklichung des Prinzips der Fürsorge und des Wohlwollens die Orientierung an den individuellen Wünschen, Bedürfnissen, Lebenszielen und Sinnvorstellungen und damit die Orientierung an der Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten konstitutiv und unübergebar ist. Dieses in der heutigen medizinischen Praxis – gegen einen Paternalismus – in den Vordergrund tretende Prinzip der Respektierung der Patientenautonomie scheint aber in der Praxis nicht immer unproblematisch zu sein. Immer wieder gerät es in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge bzw. des Wohltuns, das Ärzte und Pfleger dazu auffordert, zum Wohl und zur Gesundheit ihrer Patienten zu handeln, etwa wenn sich Patienten gegenüber medizinischen Maßnahmen verweigern, die aus ärztlicher und medizinischer Sicht indiziert sind, oder sich selbst gefährden<sup>23</sup>. Wie lässt sich angesichts dieser Problematik verantwortliches ärztliches Handeln bestimmen? Hilft auch hier das Prinzip der Verhältnismäßigkeit weiter?

**6.1** Zunächst lässt sich vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit her die Notwendigkeit und Unübergebarkeit der Orientierung an der Selbstbestimmung des Patienten und der Respektierung seiner Autonomie begründen. Leitend kann dabei die allgemeine Einsicht sein, dass man dann, wenn es einem um die Verwirklichung eines bestimmten Wertes geht, auch für die Voraussetzungen der Verwirklichung dieses Wertes sorgen muss. Es wäre unverhältnismäßig, wenn man mit viel Engagement einen bestimmten Wert verfolgt, dabei aber die Grundlagen für seine Verwirklichung vernachlässigt und dabei beschädigt oder gar zerstört: Wer sportliche Erfolge erzielen möchte, muss sich auch um seine Gesundheit kümmern. Entsprechend lässt sich argumentieren: Gerade wenn es einem um das Wohl des anderen geht, muss es einem auch darum gehen, die basale Voraussetzung für das Wohl des anderen sicher zu stellen und nicht zu übergehen, nämlich dass es wirklich sein eigenes Wohl ist und nicht das, was ich für sein Wohl halte. Worin aber jeweils sein eigenes Wohl besteht, kann nur der Betreffende selbst wissen, entscheiden und sagen.

Die Möglichkeit der Selbstbestimmung gehört somit grundlegend mit zum Wohl des Menschen, sie ist unübergebare Voraussetzung seines Wohls. Es wäre unverhältnismäßig und damit unverantwortlich, die verantwortliche Entscheidung

---

<sup>23</sup> Giovanni Maio. 2012. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer, 151–163.

des anderen zu übergehen oder einzuschränken zu wollen. Gerade ausgehend vom Prinzip des Wohltuns und der Fürsorge ist es deshalb notwendig, dass es einem um die Achtung und Respektierung der Autonomie und Selbstbestimmung des anderen geht (*voluntas aegroti suprema lex*). Dies gilt grundsätzlich immer, vor allem aber dann, wenn die Annahme objektiver Wertvorgaben fragwürdig geworden und eine deutliche Pluralität von Wertvorstellungen und moralischen Überzeugungen besteht. Umgekehrt aber bedeutet es, ein unverhältnismäßiges und damit nicht verantwortbares Übel zu verursachen oder zuzulassen, wenn man mit dem Ziel der Verwirklichung des Wohls des anderen dessen Grundlage, nämlich die Selbstbestimmung, paternalistisch übergeht. Dies mag vielleicht guten Willens oder in guter Absicht geschehen. In Wirklichkeit aber untergräbt man die Voraussetzung für die Realisierung des Wohls des anderen.

**6.2** Allerdings ist es mit der Respektierung der Autonomie des Patienten noch nicht getan. Damit, dass man die Autonomie und Selbstbestimmung des anderen nicht übergeht oder einschränkt, ist noch nicht gegeben, dass der Patient damit bereits sein Wohl tatsächlich verwirklicht. Sicher lässt sich heute für einen starken Autonomie-Begriff, wie ihn Kant entwickelt hat, nämlich im Sinne eines Willens in Übereinstimmung mit dem inneren Gesetz der praktischen Vernunft, kein Konsens mehr finden. Unklar bleibt nämlich in einer pluralen Gesellschaft gerade die Frage, worin das Gesetz der praktischen Vernunft inhaltlich besteht. Von daher ist der Paternalismus zu minimalisieren. Dennoch gehört auch in einem schwachen Begriff von Autonomie zur Selbstbestimmung, dass man urteilsfähig und frei von Zwängen ist bzw. dass sich keine Anzeichen dafür finden lassen, dass jemand nicht urteilsfähig ist oder unter Zwang steht. Damit aber besteht, trotz aller paternalistischen Zurückhaltung, immer noch das Risiko, dass der Patient – etwa weil entsprechende Sachkenntnisse hinsichtlich der medizinischen Zusammenhänge, Konsequenzen und Maßnahmen fehlen – eine Entscheidung hinsichtlich der Mittel trifft, die nicht denjenigen Zielvorstellungen entspricht, die er selbst eigentlich verfolgt. Geht es einem um das Wohl des Patienten, muss es einem deshalb – wieder im Sinne der Verhältnismäßigkeit – auch darum gehen, dieses Risiko möglichst zu minimieren.

Es muss einem deshalb nicht nur darum gehen, die Autonomie zu respektieren, sondern – im Sinne des Fürsorgeprinzips – auch darum, Selbstbestimmung zu fördern und zu ermöglichen<sup>24</sup>. Ansonsten lässt man den Patienten mit seiner

---

<sup>24</sup> Vgl. dazu die Diskussion über Patientenautonomie und das Konzept *relationaler Autonomie*, in: Claudia Wiesemann, Alfred Simon (Hg.). 2013. *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: Brill – Mentis, hier vor allem die Beiträge von

Autonomie – und allzu oft mit einer Entscheidungsnot – allein. Förderung der Selbstbestimmung aber ist so möglich, dass man den Patienten über die Zusammenhänge, Folgen und Risiken der verschiedenen sich bietenden Entscheidungsoptionen informiert und so einen *informed consent* herbeiführt. Gerade darin erweist sich also die Fürsorge für den Patienten. Zur Verwirklichung des Prinzips des Wohlwollens bzw. der Fürsorge gehört es, die Möglichkeit der Patientenautonomie durch Information und Beratung zu fördern und zusammen mit den individuellen Wertvorstellungen und Lebensanschauungen des Patienten eine gemeinsame Entscheidung herbeizuführen (*shared decision-making*)<sup>25</sup>. Umgekehrt gehört allerdings von Seiten des Patienten zu wirklicher Autonomie und Selbstbestimmung auch die Bereitschaft, eigene Urteilsfähigkeit zu erlangen. Eine solche Information und Beratung sollte dabei so erfolgen, dass sie den Patienten nicht überfordert, sondern von ihm erfasst und in seine Entscheidung integriert werden kann.

**6.3** Fürsorge und Respekt vor der Autonomie des Patienten lassen sich also als zwei zusammengehörige und einander bedingende Verhaltensweisen verantwortlichen ärztlichen oder pflegerischen Handelns verstehen. Ohne Respekt vor der Autonomie ist das Prinzip der Fürsorge in der Gefahr zu einem unverhältnismäßigen bevormundenden Paternalismus zu werden, und umgekehrt ist ohne das Prinzip der Fürsorge und des Wohltuns die Achtung der Autonomie des Patienten in der Gefahr, den Patienten gleichgültig mit seiner Entscheidungsbefugnis allein zu lassen. Diese wechselseitige Verwiesenheit und Bezogenheit (Relationalität) der beiden Prinzipien Autonomie und Fürsorge<sup>26</sup> lässt sich an einigen Beispielen veranschaulichen. So verbietet die Unübergebarkeit der Selbstbestimmung zunächst jede Form der Zwangsbehandlung. Jeder medizinische Eingriff in die Integrität des Körpers ist grundsätzlich nur mit Zustimmung des Patienten zulässig. Umgekehrt bedeutet die Respektierung und Erfüllung selbstbestimmter Wünsche des Patienten vom Nichtschadens-Prinzip her nicht, dass ein Arzt zur Erfüllung von Patientenwünschen verpflichtet ist, die nicht indiziert sind, die gegen Gesetze oder gegen das Gewissen des Arztes und seine Moralvorstellungen verstoßen, Handlungen also,

---

Claudia Wiesemann (13–26), Holmer Steinfath, Anne-Marie Rindur (27–41), Johann Ach, Bettina Schöne-Seifert (42–60) und Joel Anderson (61–75); ebenso die beiden Beiträge von Seiten theologischer Ethik von Hille Haker (139–153) und Michael Coors (154–166).

<sup>25</sup> Christof Breitsameter. 2011. Autonomie und Fürsorge – zwei gegensätzliche Prinzipien? In *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Hg. Christof Breitsameter, 60–78. Stuttgart: Kohlhammer.

<sup>26</sup> Maio. 2012. *Mittelpunkt Mensch*, 165–170.

die er selbst nicht verantworten kann, weil sie in seiner Sicht dem Patienten schaden (Nichtschadens-Prinzip)<sup>27</sup>.

Die autonom entschiedene Verweigerung gegen mögliche medizinische Maßnahmen (z.B. Bluttransfusion) ist zu respektieren, allerdings sollten hier auch die Möglichkeiten einer Beratung von Seiten des Arztes ausgeschöpft werden. Ebenso gilt es vom Grundsatz der Verhältnismäßigkeit her, etwa in der Altenpflege<sup>28</sup> oder in der Betreuung von Menschen mit Demenz<sup>29</sup> oder Behinderungen, jede Form der Fremdbestimmung möglichst gering zu halten und möglichst viel Selbstbestimmung und Selbständigkeit zu fördern und zu schützen. Erst bei begründetem Zweifel an der Möglichkeit der Selbstbestimmung, wie er etwa bei der Suizidverhinderung vorausgesetzt wird, oder um jemanden vor einer von ihm selbst eigentlich nicht gewollten Selbstschädigung zu schützen, etwa durch Fixierung am Bett oder Isolierung in einem Raum, kann fremdbestimmtes Eingreifen im Sinne des letzten Mittels (*ultima ratio*) erforderlich und dann auch verhältnismäßig und verantwortlich sein. Zur Verwirklichung des Prinzips des Wohltuns und der Fürsorge gehört es schließlich auch, dafür zu sorgen, dass in Situationen, in denen sich der Patient nicht mehr äußern kann, etwa bei Demenz<sup>30</sup> oder im Fall eines Komas, tatsächlich sein eigener Wille für diese Situation wirkungsvoll zur Geltung kommt und leitend sein kann.

## 7. Gerechtigkeit (*justice*)

Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit tritt zu den drei bisher behandelten medizinethischen Prinzipien noch ein neuer Aspekt hinzu. In verantwortlichem medizinischem Handeln geht es nämlich nicht nur darum, in der Begegnung mit dem einzelnen Patienten unverhältnismäßigen Schaden zu vermeiden, nachhaltig und wirkungsvoll um sein Wohl besorgt zu sein und seine Selbstbestimmung und

---

<sup>27</sup> Ebd., 171–177.

<sup>28</sup> Monika Bobbert. 2002. *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt am Main: Campus.

<sup>29</sup> Deutscher Ethikrat. 2012. *Stellungnahme: Demenz und Selbstbestimmung*, Berlin.

<sup>30</sup> Gerade bei Demenz-Patienten gibt es – bei entsprechendem Bemühen – viele Möglichkeiten, Willensäußerungen zu erhalten. Vgl. dazu: Johannes Pantel, Julia Haberstroh, Maren Knebel, Tanja Müller, Frank Oswald. 2016. Zwischen Paternalismus und Autonomie – Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz am Beispiel der Einwilligungsfähigkeit. In *Alter und Altern*. Hg. Stephan Ernst, 109–121. Fribourg: Herder; vgl. aber auch eingrenzend: Ralf J. Jox. 2013. Der „natürliche Wille“ bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs. In *Patientenautonomie*, 329–339.

Autonomie zu achten und zu fördern. Es geht vielmehr auch darum, dies so zu tun, dass dabei nicht andere Patienten ungerecht benachteiligt werden. Der Blick weitet sich damit – über die einzelne Arzt-Patienten-Beziehung hinaus – auf die Gesamtheit der Patienten und die medizinische Versorgung und das Gesundheitssystem im Ganzen. Es gilt nicht nur, den einzelnen Patienten verantwortlich zu behandeln, es gilt auch, dies so zu tun, dass dabei anderen Patienten nicht die Möglichkeit der Behandlung ungerecht entzogen werden. Doch was bedeutet Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit im Blick auf den Bereich medizinischen Handelns? Gibt es dafür Kriterien? Kann auch hier das Verhältnismäßigkeitsprinzip erschließend sein?

**7.1** Die Frage nach Gerechtigkeitskriterien im medizinischen Handeln lässt sich am besten am extremen Fall, nämlich an Situationen der Notfall- oder Katastrophenmedizin erörtern. Wie ist etwa zu verfahren, wenn an einem Unfallort mehr Personen lebensgefährlich verletzt und versorgungsbedürftig sind, als von dem medizinischen Personal oder aufgrund der technischen Möglichkeiten vor Ort behandelt werden können? Wie ist zu verfahren, wenn es – wie in der Zeit der Corona-Pandemie – in einer Klinik mehr vom Tod bedrohte Patienten gibt als Ressourcen zur lebenserhaltenden Behandlung aller vorhanden sind? Nach welchen Entscheidungsregeln ist hier verantwortlicherweise vorzugehen?

Grundlegend für die Durchführung einer solchen *Triage* ist die Einsicht, dass es in solchen Situationen unverhältnismäßig, ja kontraproduktiv wäre, dennoch alle behandeln zu wollen. Auf diese Weise nämlich würde man keinem gerecht, und möglicherweise würden am Ende mehr Patienten sterben, als wenn man sich von vornherein nur auf einen Teil konzentriert. So sehr ärztliches Handeln vom Prinzip der Fürsorge motiviert und geleitet sein soll, kann es dennoch Situationen geben, in denen es tragischer Weise unumgänglich ist, eine Auswahl zu treffen und die Fürsorge nicht allen zuzuwenden.

Statt also allen Patienten gleichermaßen helfen zu wollen, wird man versuchen, so zu handeln, dass möglichst vielen Patienten wirkungsvoll und nachhaltig geholfen wird. Dabei ist die Vernachlässigung der Lebensrettung bei einzelnen nur dann zu rechtfertigen, wenn nur auf diese Weise möglich ist, den Wert „Leben“ im Ganzen zu fördern. Weiter konkretisieren lässt sich dieses Kriterium dahingehend, dass als Vorzugsgründe vor allem die Erfolgsaussichten und die Dringlichkeit des jeweiligen medizinischen Eingriffs in Frage kommen<sup>31</sup>. Auch

---

<sup>31</sup> Alexis Fritz. 2017. *Der Anspruch der Bedürfnisse. Gerechte Prioritätensetzung im Gesundheitswesen* (SThE 149). Fribourg – Würzburg: Echter; Markus Zimmermann-Acklin. 2010<sup>2</sup>. *Bioethik*

hier geht es darum, im Ganzen gesehen, die Lebensmöglichkeiten möglichst vieler möglichst umfassend zu fördern und zu erhalten und Einschränkungen möglichst zu vermeiden und zu verhindern. Dies im Einzelfall zu beurteilen, ist eine medizinische Sachfrage und erfordert eine fachliche Abwägung der Chancen und Risiken. Keine Rolle dürften dagegen Kriterien wie Intelligenz, Schönheit, moralische Qualität oder gesellschaftliche Bedeutsamkeit und Anerkennung des jeweiligen Patienten spielen. Hier gilt, dass im Sinne der Gerechtigkeit ohne Ansehen der Person entschieden werden muss. Auch das Alter kann nur dann ein Vorzugs- oder Nachstellungskriterium sein, wenn es ein medizinisch relevanter Faktor für die Erfolgsaussichten ist.

Als diesen Überlegungen zu Grunde liegendes Prinzip lässt sich auch hier leicht das Prinzip der Verhältnismäßigkeit erkennen, nach dem man in Notfallsituationen verantwortlicherweise so handeln wird, dass – im Ganzen gesehen – der medizinische Nutzen möglichst maximiert und gleichzeitig die Verursachung und Zulassung von Schäden und Übeln möglichst minimiert wird. Der entscheidende Gesichtspunkt, der eine Entscheidung zu einer gerechten Entscheidung macht, besteht dabei in der universalen Betrachtungsweise des „im Ganzen“, in der eine Handlung nicht unverhältnismäßig und nicht kontraproduktiv werden darf.

**7.2** Die Frage nach der gerechten Verteilung stellt sich aber nicht nur im Rahmen von Notfall- und Katastrophensituationen, sie stellt sich alltäglicher noch vor allem angesichts der zunehmenden finanziellen Knappheit im Gesundheitswesen<sup>32</sup>. Hier bietet sich zunächst die sich aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip ergebende Aufforderung zur Rationalisierung im Gesundheitswesen an. Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, die unnötig und ineffektiv ausgegebene Mittel einsparen und das Verhältnis der Kosten zum erzielten Nutzen verbessern, etwa: Vermeidung unnötiger Mehrfachbehandlungen durch bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung; Vermeidung unnötiger oder zu teurer Medikamente; Vermeidung von teuren, zwar Gewinn bringenden, aber nicht notwendigen Therapien; Verstärkung der Prophylaxe. An solchen ökonomischen Überlegungen ist zunächst nichts Inhumanes. Solche Rationalisierungsmaßnahmen sind auch aus ethischer Sicht erforderlich, um eine optimale medizinische Versorgung aller zu ermögli-

---

*in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche* (SthE 126), Fribourg: Herder, 205–210.

<sup>32</sup> Alexander Dietz. 2011. *Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive*. Frankfurt am Main: Campus.

chen<sup>33</sup>. Es wäre im Ganzen unverhältnismäßig und damit unverantwortlich, Geld in ineffiziente Behandlungsmaßnahmen zu stecken, das dann an anderer Stelle fehlt. Allerdings ist darauf zu achten, dass Rationalisierungsmaßnahmen, etwa die Budgetierung, das Ziel, optimale gesundheitliche Versorgung für alle zu sichern, nicht langfristig verfehlen oder untergraben. So sind Fallpauschalen sinnvoll, wenn sie dazu führen, Liegezeiten zu verringern und damit mehr Kapazitäten für mehr Patienten zu haben. Wenn sie jedoch durch zunehmende ökonomische Perspektive und immer stärker werdende Konkurrenzsituationen zu anderen Einrichtungen langfristig dazu führen, dass unzureichend behandelt wird, dass menschliche Betreuung (Zeit!) auf der Strecke bleibt, dass es zu Abschiebungen in schwierigen Fällen kommt, dass weiter Personal abgebaut wird oder dass die Qualität der Versorgung abnimmt, wird das Ziel optimaler und patientenorientierter medizinischer Versorgung im Ganzen und damit für alle untergraben.

Allerdings kann auch unter der Vorgabe knapper Mittel und immer teurer werdenden Medizin die Notwendigkeit zur Rationierung entstehen, in der bestimmten Patienten oder Patientengruppen erforderliche medizinische Maßnahmen vorenthalten werden. Dabei gilt vom Verhältnismäßigkeitsprinzip her, dass zunächst rationalisiert und erst dann rationiert wird. Allerdings darf es dabei auch nicht dazu kommen, dass faktische Rationierungen aus politischen Gründen, weil es sich um unpopuläre Maßnahmen handelt, möglichst lange noch als Rationalisierung deklariert werden<sup>34</sup>. Auch solche implizite Rationierung kann unverhältnismäßige Folgen haben. Denn dadurch, dass man sich auf der Makroebene nicht zu klaren und nachvollziehbaren Rationierungen entscheidet, die nach durchsichtigen und *fair* ausgehandelten Kriterien erfolgen, wird die dennoch bestehende Notwendigkeit der Verteilung auf die Mikroebene verschoben. Hier aber entstehen Entscheidungsnöte der einzelnen Ärzte und Entscheidungsträger, so dass es zu größerer Willkür und damit zu größeren Ungerechtigkeiten kommt, als wenn die Rationierung transparent gemacht wird. Auch wird das Vertrauensverhältnis zum Arzt untergraben, wenn der Patient sich nicht sicher ist, dass der Arzt alles, was möglich ist, zur Wiederherstellung der Gesundheit tut. Um den Schein der Gerechtigkeit möglichst

---

<sup>33</sup> Die Deutschen Bischöfe. 2003. *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem* (Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Nr. 27). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz; Rat der EKD. 2002. *Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Stellungnahme* (EKD-Text 74).

<sup>34</sup> Eine Reihe von solchen *impliziten*, d.h. nicht ausdrücklich gemachten (expliziten) Rationierungen aufgrund der Budgetierung werden aufgeführt in: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. 2000. *Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen* (Positionen und Konzepte aus dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 11/00). Stuttgart, 4.

lange aufrecht zu erhalten und den Konflikt zu vermeiden, wird so mehr Ungerechtigkeit und Konflikt produziert.

**7.3** Ist aber Rationierung unumgänglich, stellt sich die Frage nach gerechten Verteilungskriterien. Auch hier kann das Prinzip leitend sein, dass die Übel und Einschränkungen langfristig und im Ganzen gesehen möglichst gering gehalten werden müssen.

Problematisch sind von diesem Kriterium her sicher ein Liberalismus und ein Egalitarismus. So besteht das Problem des Liberalismus, der die gerechte Verteilung den Gesetzen des freien Marktes überlassen will<sup>35</sup>, darin, dass in einem solchen System das Gut „optimale medizinische Versorgung“ eben nicht im Ganzen gefördert wird, sondern vor allem für die bildungsstarken und zahlungskräftigen Mitglieder der Gesellschaft<sup>36</sup>. Das Problem des Egalitarismus, dem zufolge bestimmte Maßnahmen generell, also für alle in gleicher Weise, unterbleiben<sup>37</sup>, besteht dagegen darin, dass man mit der verordneten Gleichheit hinter dem möglichen Optimum medizinischer Versorgung zurückbleibt, ohne doch zu verhindern, dass es zu einer Zweiklassen-Medizin kommt<sup>38</sup>. Durch den Versuch, eine gleiche Verteilung zu erreichen, wird faktisch mehr Ungleichheit erzielt. Auch eine utilitaristische Position, der es um eine Maximierung des Gesamtnutzens bzw. des Durchschnittsnutzens in der medizinischen Versorgung geht<sup>39</sup>, scheint problematisch zu sein. Dem Utilitarismus nämlich geht es lediglich um die Maximierung des kollektiven Gesamtnutzens, womit etwa eine generelle Altersrationierung gut vereinbar ist. Damit aber gerät eine faire und gerechte Verteilung der Mittel auf die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft aus dem Blick. Demgegenüber bedeutet die Förderung der medizinischen Versorgung im Ganzen,

<sup>35</sup> Vgl. dazu das Plädoyer für das Prinzip der Tauschgerechtigkeit im Gesundheitswesen bei: Otfried Höffe. 2002. *Medizin ohne Ethik?*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 202–241; Otfried Höffe. 1998. „Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie“. Deutsches Ärzteblatt : B174–B177.

<sup>36</sup> Zu dieser Kritik: Dieter Birnbacher. 1999. Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In *Angewandte Ethik und Medizin*. Hg. Gerd Bruder Müller, 119–136, bes. 126f. Würzburg: Königshausen u. Neumann. Zur weiteren Kritik an O. Höffes Ansatz vgl. Peter Dabrock. 1999. „Medizin in Zeiten knapper Ressourcen. Eine Auseinandersetzung mit O. Höffe“. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* (43) 15–16.

<sup>37</sup> Wolfgang Kersting. 2002. Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Hg. Thomas Gutmann, Volker H. Schmidt, 41–89. Velbrück: Velbrück Wissenschaft.

<sup>38</sup> Anton Leist. 2002. Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, 155–177, bes. 165.

<sup>39</sup> Eine durch die Einführung von Praxisnormen gemilderte Form des Utilitarismus findet sich etwa bei: Dieter Birnbacher. 2002. Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, 91–109.

dass zugleich auch die Teilhabe aller Einzelnen an diesem Gut – auch langfristig – ermöglicht wird.

Eine Alternative dazu bietet die von J. Rawls entwickelte Theorie der Gerechtigkeit als Fairness<sup>40</sup>. Im Blick auf die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen würde das Unterschiedsprinzip, das nach Rawls unter dem Schleier des Nichtwissens gewählt würde<sup>41</sup>, bedeuten, dass es zwar Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung geben kann, dass aber eine Besserstellung der Reichen nur dann gerecht ist, wenn sie zugleich die Versorgung der sozial Benachteiligten nicht verschlechtert. Ein solcher Ansatz ließe sich etwa durch eine gestufte Krankenversicherung realisieren, in der zunächst eine medizinische Grundversorgung solidarisch für alle gewährleistet sein muss, während zusätzliche, nicht notwendige Leistungen durch private Zusatzversicherungen abzudecken sind. Der Bereich der solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung sollte dabei – im Sinne der Verhältnismäßigkeit – so groß wie möglich sein<sup>42</sup>. Auch hier wird es also darum gehen müssen, den medizinischen Nutzen im Ganzen und damit für alle zu maximieren und zugleich die Verursachung und Zulassung von Schäden und Übeln im Ganzen zu minimieren.

## 8. Der Zusammenhang der vier medizinethischen Prinzipien

Im Durchgang durch die vier medizinethischen Prinzipien wurde versucht, die erschließende Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsprinzips für die Begründung der vier medizinethischen Prinzipien sowie für ihren Zusammenhang und ihr differenziertes Verständnis aufzuweisen. Abschließend soll diese Bedeutung noch einmal ausdrücklich reflektiert werden.

**8.1** Mit der Anwendung des Verhältnismäßigkeitsprinzips auf die vier medizinethischen Prinzipien ist der Versuch unternommen worden, diese auf ein einziges Grundprinzip zurückzuführen. Im Unterschied jedoch zu den von Beauchamp und Childress kritisierten Versuchen der Rückführung auf einen

---

<sup>40</sup> John Rawls. 1996<sup>9</sup>. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

<sup>41</sup> Das Unterschiedsprinzip ist in den Grundsätzen einer gerechten Verteilung der Güter, auf die sich Menschen im Urzustand unter dem „Schleier des Nichtwissens“ einigen würden, als Grundsatz 2a enthalten. Danach sind soziale und wirtschaftliche Unterschiede so zu gestalten, dass vernünftigerweise zu erwarten ist, dass sie zu jedermanns Vorteil dienen. Rawls. 1996<sup>9</sup>. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, 81.

<sup>42</sup> Thomas Bohrmann. 2005. Gesundheitssicherung und Solidarität. In *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch* Bd. 2: *Konkretionen*. Hg. Marianne Heimbach-Steins, 248–249. Regensburg: Pustet.

einheitlichen Grundsatz, wurde das Verhältnismäßigkeitsprinzip nicht von außen den vier medizinethischen Prinzipien übergestülpt, sondern sowohl aus der Praxis verantwortlichen medizinischen Handelns als auch aus dem Nichtschadensprinzip selbst erhoben. Zugleich ist es ein Prinzip, das die vier medizinethischen Prinzipien nicht überflüssig macht, aus dem sich diese aber leicht rekonstruieren und konkretisierend erläutern lassen und mit dessen Hilfe man zugleich Leitlinien für die Auflösung ihres teilweise problematischen Verhältnisses entwickeln kann.

Als rein formales – nicht inhaltlich bestimmtes – Prinzip zur Überprüfung einzelner Handlungen auf ihre Verantwortbarkeit hin ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip darüber hinaus offen für die jeweils konkrete Situation, die spezifischen Umstände und den Einzelfall. Ob eine Handlung im Blick auf ihr Ziel verhältnismäßig ist oder nicht, hängt wesentlich von den konkreten Umständen der Handlung selbst ab. Hier werden also nicht einzelne Handlungen durch die deduktive Ableitung aus allgemeinen ethischen Grundsätzen beurteilt, sondern durch eine Reflexion auf die innere – möglicherweise widersprüchliche – Struktur der Handlung selbst. Umgekehrt handelt es sich aber auch nicht um eine Kasuistik, in der Handlungen rein induktiv durch Vergleich mit ähnlichen Handlungen ethisch bewertet werden. Vielmehr ist ein klares, wenn auch formales Verfahrensprinzip angegeben, mit dessen Anwendung die Unverhältnismäßigkeit und damit die Unverantwortlichkeit einer Handlung – prinzipiell jedenfalls, wenn auch in der Durchführung nicht immer einfach – objektiviert werden kann. Bei aller Situationsbezogenheit und Relativität in der ethischen Bewertung handelt es sich nicht um einen prinzipienlosen Relativismus.

Der Ansatz beim Prinzip der Verhältnismäßigkeit unterscheidet sich auch vom Utilitarismus. Zwar geht es auch dem Ansatz bei der Verhältnismäßigkeit um die Maximierung des Nutzens und die Minimierung von Schäden und Übeln. Allerdings geht es nicht wie beim Utilitarismus unmittelbar um den Durchschnittsnutzen insgesamt, sondern zunächst um eine Nutzenmaximierung und Schadensminimierung innerhalb der einzelnen Handlung selbst. Daher gilt hier auch das Prinzip, dass der gute Zweck nicht das schlechte Mittel heiligt, was im Utilitarismus nicht der Fall ist. Im Blick auf die Ethik Immanuel Kants lässt sich sagen, dass auch hier ein dem kategorischen Imperativ ähnliches Verfahrensprinzip zur Überprüfung der Handlung auf ihre mögliche Unverantwortlichkeit hin vorliegt. Während der kategorische Imperativ als Kriterium für die Unerlaubtheit von Maximen jedoch lediglich angibt, dass man sie nach Verallgemeinerung nicht wollen könne, bietet das Verhältnismäßigkeitsprinzip ein Kriterium dafür an, was es heißt, dass man eine Handlung nicht wollen kann.

Schließlich geht es im Ansatz beim Verhältnismäßigkeitsprinzip auch nicht um den Versuch einer Letztbegründung ethischer Normen. Im Blick auf die Frage, warum es einem darum gehen sollte, Gutes möglichst zu fördern und zu verwirklichen und Schaden und Übel möglichst zu minimieren, genügt es vielmehr, darauf zu verweisen, dass damit eben die Bilanz des eigenen Handelns im Gesamthorizont positiv und nicht negativ ist. Damit lässt sich das eigene Handeln gegenüber jedermann verantworten und mit vernünftigen und sachbezogenen Gründen rechtfertigen. Umgekehrt bleibt bei unverhältnismäßigem Handeln auf die Nachfrage von anderen, warum man so handelt, letztlich nur die Möglichkeit, sich der Frage durch Willkür zu entziehen. Diese positive Übereinstimmung mit der Gesamtwirklichkeit, mit unserer Vernunft und in Gemeinschaft mit grundsätzlich allen Menschen kann aber die nachhaltige Erfahrung von Glück und Sinn vermitteln.

**8.2** Mit dem Verhältnismäßigkeitsprinzip wurde aber auch der innere systematische Zusammenhang und die innere systematische Ordnung bzw. Reihenfolge der vier medizinethischen Prinzipien deutlich<sup>43</sup>. Dieser Zusammenhang lässt sich folgendermaßen darstellen.

- Insofern das Verhältnismäßigkeitsprinzip sich aus dem Nichtschadensprinzip ergibt, bildet das Nichtschadensprinzip die Grundlage zum Verständnis der vier medizinethischen Prinzipien. Aus systematischer ethischer Sicht ist es das erste und grundlegende Prinzip.
- Insofern im Nichtschadensprinzip aber das Prinzip der Fürsorge implizit vorausgesetzt wird, kann das Prinzip der Fürsorge und des Wohlwollens als zweites Prinzip gelten. Allerdings sind in diesen beiden Prinzipien bisher lediglich die Entscheidungsregeln in den Blick gekommen, die aus der Sicht des Handelnden seine Handlung und die dabei berührten Güter und Übel, Werte und Schäden und deren Abwägung betreffen.
- Was damit noch nicht im Blick ist, ist der Patient als Gegenüber des Handelnden. Es ist noch nicht der Adressat medizinischen Handelns als ein Anderer erfasst. Dies ist erst mit dem – als drittes anzuführenden – Prinzip des Respekts vor der Autonomie und der Achtung der Selbstbestimmung des Patienten gegeben. Erst hier ist die in allen Abwägungsfragen von Gütern und Übeln unübergehbare Bedeutung des Patientenwillens erfasst.
- Doch auch damit ist die ethisch relevante Struktur noch nicht vollständig beschrieben. Bisher ist lediglich die unmittelbare Arzt-Patienten-Bezie-

---

<sup>43</sup> Die nachfolgende Reihenfolge der vier Prinzipien bestätigt auch im Blick auf ihre historische Genese: Beauchamp. 2005. Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik, 52–54.

hung und die Verpflichtungen dem einzelnen Patienten gegenüber erfasst. Es ist damit noch nicht realisiert, dass medizinisches Handeln immer auch im umfassenden institutionellen und gesellschaftlichen Horizont zu sehen ist. Die Verpflichtung zur Fürsorge ist aus ethischer Sicht Verpflichtung zur Förderung von Gesundheit und Möglichkeiten des Lebensvollzugs im Ganzen und damit für alle. Dieser Aspekt wird erst durch das Prinzip der zu wahrenen Gerechtigkeit erfasst, das damit als viertes Prinzip hinzukommen muss.

Ausgehend vom Nichtschadensprinzip als Grundlage lässt sich also das Prinzip der Fürsorge und des Wohlwollens als Weisung für das Engagement des einzelnen medizinisch Handelnden für das Wohl des Patienten verstehen, das Prinzip des Respekts der Autonomie als Aufforderung zur Achtung der Eigenständigkeit des anderen und das Gerechtigkeitsprinzip als Aufforderung zur Beachtung des universalen Horizonts des eigenen Handelns. Während das Fürsorgeprinzip noch hauptsächlich das Ich betrifft, kommt im Autonomieprinzip wesentlich das Du in den Blick und im Gerechtigkeitsprinzip das Wir. Aber jeweils ist für die verantwortliche Gestaltung der sachbezogenen, der interpersonalen und der institutionellen Ebene des Handelns das Prinzip der Verhältnismäßigkeit leitend.

\*

## Bibliographie

- Andrade Barbara. 2005. Menschenwürde. Anthropologische und theologische Überlegungen. In *Hören – Glauben – Denken* (FS P. Knauer). Hg. Gerhard Gäde, 241–268. Münster: LIT.
- Beauchamp Tom L., Childress James F. 2009<sup>6</sup>. *Principles of Biomedical Ethics*, New York – Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp Tom L., 2005. Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik. In *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Hg. Oliver Rauprich, Florian Steger, 48–73. Frankfurt – New York: Campus.
- Birnbacher Dieter. 1993. Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?. In *Herausforderungen der Bioethik*. Hg. Johann S. Ach, Andreas Gaidt, 56–57. Stuttgart – Bad Cannstatt: Frommann Holzbook.
- Birnbacher Dieter. 1995. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam.
- Birnbacher Dieter. 1999. Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In *Angewandte Ethik und Medizin*. Hg. Gerd Bruder Müller, 119–136. Würzburg: Königshausen u. Neumann.

- Birnbacher Dieter. 2002. Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Hg. Thomas Gutmann, Volker H. Schmidt, 91–109. Velbrück: Velbrück Wissenschaft.
- Bobbert Monika. 2002. *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt am Main: Campus.
- Bohrmann Thomas. 2005. Gesundheitssicherung und Solidarität. In *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch* Bd. 2: *Konkretionen*. Hg. Marianne Heimbach-Steins, 231–256. Regensburg: Pustet.
- Breitsameter Christof. 2011. Autonomie und Fürsorge – zwei gegensätzliche Prinzipien? In *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Hg. Christof Breitsameter, 60–78. Stuttgart: Kohlhammer.
- Clouser K. Danner, Gert Bernard. 2005. Eine Kritik der Prinzipienethik. In *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Hg. Oliver Rauprich, Florian Steger, 88–108. Frankfurt – New York: Campus.
- Dabrock Peter. 1999. „Medizin in Zeiten knapper Ressourcen. Eine Auseinandersetzung mit O. Höffe“. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* (43) 2–22.
- Deutscher Ethikrat. 2012. *Stellungnahme: Demenz und Selbstbestimmung*, Berlin.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. 2000. *Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen* (Positionen und Konzepte aus dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 11/00). Stuttgart.
- Die Deutschen Bischöfe. 2003. *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem* (Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Nr. 27). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Dietz Alexander. 2011. *Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive*. Frankfurt am Main: Campus.
- Düwell Marcus. 2008. *Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche*. Stuttgart: Metzler.
- Ernst Stephan. 2020. *Am Anfang und Ende. Grundfragen medizinischer Ethik*. Freiburg – Basel – Wien: Herder.
- Ernst Stephan. 2022. Verhältnismäßigkeit – Grundprinzip verantwortlichen Handelns. In *Ermütigung zur Verantwortung* (FS Josef Römel). Hg. Christof Mandry, Stefan Meyer-Ahlen (Studien zur Moraltheologie, NF 16), 59–75. Münster: Aschendorff.
- Ernst Stephan. 2023. Verhältnismäßigkeit – Prinzip verantwortlichen Handelns. In *Ethisches Argumentieren – Reichweite und Grenzen zentraler Denkfiguren* (Jahrbuch für Moraltheologie, Bd. 7). Hg. Katharina Klöcker, Thomas Weißer, 192–202. Freiburg i. Br.: Herder.
- Fritz Alexis. 2017. *Der Anspruch der Bedürfnisse. Gerechte Prioritätensetzung im Gesundheitswesen* (SThE 149). Fribourg – Würzburg: Echter.
- Hilgendorf Eric. 2010<sup>2</sup>. 15 Thesen zu Sterbehilfe und assistiertem Suizid. In *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. Hg. Felix Thiele, 135–156. München: Wilhelm Fink.

- Höffe Otfried. 1998. „Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie“. Deutsches Ärzteblatt: B174–B177.
- Höffe Otfried. 2002. *Medizin ohne Ethik?*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Holderegger Adrian. 1990. Prinzip der Doppelwirkung. In *Neues Lexikon der christlichen Moral*. Hg. Hans Rotter, Günter Virt, 95–98. Innsbruck – Wien: Tyrolia.
- Jox Ralf J. 2013. Der „natürliche Wille“ bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs. In *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, 329–339. Münster: Brill – Mentis.
- Kersting Wolfgang. 2002. Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Hg. Thomas Gutmann, Volker H. Schmidt, 41–89. Velbrück: Velbrück Wissenschaft.
- Klein Martin. 2006. „Aktive Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung“. Aufklärung und Kritik. Sonderheft (11) : 40–54.
- Knauer Peter. 1980. „Fundamentalethik: Teleologische als deontologische Normbegründung“. Theologie und Philosophie (55) : 321–360.
- Knauer Peter. 2002. *Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik*. Frankfurt am Main: Books on Demand.
- Kongregation für die Glaubenslehre. 1980. *Erklärung zur Euthanasie Iura et bona*. (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 20). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Kongregation für die Glaubenslehre. 2015. Antworten auf vorgelegte Fragen zur „Gebärmutterisolierung“ und auf weitere Fragen. In *Dokumente seit dem Zweiten Vatikanischen Konzil. Erweiterte Ausgabe (1966–2013)*. Freiburg – Basel – Wien: Herder, 529–531; lateinischer Originaltext in: AAS 86 (1994) 820–821.
- Korff Wilhelm. 1992. Ethische Kriteriologie. In *Die Energiefrage. Entdeckung ihrer ethischen Dimension*. Hg. Wilhelm Korff, 23–26. Trier: Paulinus.
- Leist Anton. 2002. Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung. In *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Hg. Thomas Gutmann, Volker H. Schmidt, 155–177. Velbrück: Velbrück Wissenschaft.
- Maier Christoph, Diener Hans-Chistoph, Bingel Ulrike (Hg.). 2017<sup>5</sup>. *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien*. München: Urban & Fischer Verlag, Elsevier.
- Maio Giovanni. 2012. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Pantel Johannes, Haberstroh Julia, Knebel Maren, Müller Tanja, Oswald Frank. 2016. Zwischen Paternalismus und Autonomie – Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz am Beispiel der Einwilligungsfähigkeit. In *Alter und Altern*. Hg. Stephan Ernst, 109–121. Fribourg: Herder.
- Pius XII. 1951. „Ansprache an die Mitglieder des katholischen Hebammenverbandes Italiens“ (29. Oktober 1951). *Acta Apostolicae Sedis* (43) : 835–854.

- Rat der EKD. 2002. *Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Stellungnahme* (EKD-Text 74).
- Rawls John. 1996<sup>9</sup>. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schüller Bruno. 1980<sup>2</sup>. *Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moraltheologie*. Düsseldorf: Patmos.
- WHO. 1996<sup>2</sup>. *Therapie tumorbedingter Schmerzen*. Marburg.
- Wiesemann Claudia. Simon Alfred (Hg.). 2013. *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: Brill – Mentis.
- Zimmermann-Acklin Markus. 2010<sup>2</sup>. *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche* (SThE 126), Fribourg: Herder.

\*

**Zusammenfassung:** Die heute einflussreichen, in der Praxis oft unhinterfragt rezipierten vier medizinethischen Prinzipien (Autonomie, Nicht-schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit) sind im ethischen Diskurs immer wieder auch auf kritische Anfragen gestoßen, in denen doch wieder die Rückführung auf ein einheitliches ethisches Grundprinzip gefordert wird. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, das Prinzip der Verhältnismäßigkeit, das ärztlicher und pflegerischer Praxis immer schon zu Grunde liegt und das sich auch aus dem Nicht-schadens-Prinzip selbst ergibt, als ein solches Grundprinzip einsichtig zu machen. Das Verhältnismäßigkeitskriterium erweist sich dabei als Ansatz, die vier Prinzipien systematisch in ihrem Zusammenhang zu rekonstruieren und für viele mit ihrer Anwendung in der Praxis verbundene Schwierigkeiten Lösungsansätze zu entwickeln.

**Schlüsselwörter:** Vier medizinethische Prinzipien, Verhältnismäßigkeit, Patientenautonomie, gerechte Verteilung, Güter- und Übel-Abwägung, Doppelwirkung.

**Abstract: The Four Principles of Medical Ethics and the Criterion of Proportionality.** The four principles of medical ethics (autonomy, non-maleficence, beneficence, justice), which are influential today and often received unquestioningly in practice, have repeatedly encountered critical inquiries in the ethical discourse, in which the return to a uniform basic ethical principle is demanded. In this article, an attempt is made to make the principle of proportionality, which has always been the basis of medical and nursing practice and which also results from the principle of non-maleficence itself, comprehensible as such a basic principle. The proportionality criterion proves to be an approach to systematically reconstruct the four principles in their context and to develop solutions for many of the difficulties associated with their application in practice.

**Keywords:** Four principles of medical ethics, proportionality, patient autonomy, fair distribution, balancing of goods and evils, double effect.

**Streszczenie: Cztery pryncypia etyki medycznej i kryterium proporcjonalności.**

Współcześnie znaczące, a w praktyce często bezsprzecznie stosowane cztery pryncypia etyki medycznej (autonomia, nieszkodzenie, opieka, sprawiedliwość) w dyskursie etycznym ciągle na nowo napotykają na krytyczne głosy, w których dąży się do powrotu do jednolitego pryncypium etycznego. Autor niniejszego artykułu podejmuje wnikliwą próbę uczynienia z pryncypium proporcjonalności, które zawsze stanowiło podstawę praktyki medycznej i pielęgniarskiej i wynika z zasady niewyrządzania szkody, pryncypium podstawowego. Kryterium proporcjonalności jest przy tym ujęciem, które w sposób systematyczny rekonstruuje cztery pryncypia w ich współzależności, a w przypadku ich zastosowania w praktyce podsuwa rozwiązania dla trudności z tym związanych.

**Słowa kluczowe:** cztery pryncypia etyki medycznej, zasada proporcjonalności, autonomia pacjenta, sprawiedliwa dystrybucja, oszacowanie dóbr i zła, zasada działania o podwójnym skutku.