

Lanzerath | Bartmann | Halsband | Kurzböck [Hrsg.]

Zu den *Prinzipien* *der Bioethik*



Ausgewählte Texte
zu einem modernen
Klassiker

VERLAG KARL ALBER



Dirk Lanzerath | Marius Bartmann
Aurélie Halsband | Niklas Kurzböck [Hrsg.]

Zu den *Prinzipien* *der Bioethik*

Ausgewählte Texte zu einem modernen Klassiker

VERLAG KARL ALBER



© Titelbild: Wassily Kandinsky (1866–1944), „Sky Blue“ (1940)

Diese Publikation wird als Vorhaben der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Künste im Rahmen des Akademienprogramms von der Bundesrepublik Deutschland und dem Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-495-98887-9 (Print)

ISBN 978-3-495-98888-6 (ePDF)



Onlineversion
Inlibra

1. Auflage 2026

© Verlag Karl Alber – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden 2026. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei). Printed on acid-free paper.

Besuchen Sie uns im Internet
verlag-alber.de

Inhaltsverzeichnis

Hinweise zu den Autor*innen	7
Textnachweise	9
Einleitung	11
<i>Dirk Lanzerath, Marius Bartmann, Aurélie Halsband, Niklas Kurzböck</i>	
Orientierung ohne Dogma: Der Prinzipalismus als offenes Modell	13
I Grundlagen des Prinzipalismus	21
<i>John-Stewart Gordon, Oliver Rauprich, Jochen Vollmann</i>	
Die Anwendung des Vier-Prinzipien-Ansatzes	23
<i>Peter Herissone-Kelly</i>	
Wie man mit Gegenbeispielen für die Theorie der <i>common morality</i> umgeht	41
<i>Michael Quante, Andreas Vieth</i>	
Angewandte Ethik oder Ethik in Anwendung?	53
II Praktisches Urteilen und die vier bioethischen Prinzipien . .	83
<i>Sabine Salloch, Jan Schildmann, Jochen Vollmann</i>	
Prinzip und Urteilskraft in der Medizinethik	85
<i>Matthew Shea</i>	
Der Balanceakt des Prinzipalismus	109
<i>Georg Marckmann</i>	
Prinzipienorientierte Ethik der Patientenversorgung	147

Anna Hirsch

Konflikte zwischen Autonomie und Wohlergehen in der Patientenversorgung	165
--	------------

Lynn A. Jansen

Medizinische Benefizienz, Nichtschaden und das Wohlergehen von Patient*innen	191
---	------------

Matti Häyry

Rollen der Gerechtigkeit in der Bioethik	201
---	------------

Natalie Stoljar, Catriona Mackenzie

Relationale Autonomie in der feministischen Bioethik	227
---	------------

III Prinzipalismus und kulturelle Vielfalt 249

Robert Baker

Ankereffekt, Autonomie und die Blindheit von Bioethiker*innen des 20. Jahrhunderts gegenüber Rassismus	251
---	------------

Kevin G. Behrens

Eine Kritik des Prinzips der »Achtung der Autonomie« auf der Grundlage afrikanischen Denkens	267
---	------------

Serap Ergin Aslan

Universelle Prinzipien – kulturell vermittelt?	289
---	------------

Jacquineau Azétsop, Stuart Rennie

Prinzipalismus, medizinischer Individualismus und Gesundheitsförderung in ressourcenarmen Ländern	313
--	------------

IV Die Methode des Prinzipalismus jenseits klinischer Ethik . . . 337

Aurélié Halsband, Bert Heinrichs

KI, Suizidprävention und die Grenzen der Benefizienz	339
---	------------

Anthony Voisard, Ivo Wallimann-Helmer

Auf dem Weg zu einer praktischen Klimaethik	361
--	------------

Tristan David Katz

Die Rolle konsensfähiger Moralprinzipien bei der Verringerung des Leidens von Wildtieren	387
---	------------

Hinweise zu den Autor*innen

Jacquineau Azétsop (†), war Professor an der Faculty of Social Sciences, Pontifical Gregorian University, Rom, Italien.

Robert Baker, Emeritus Professor am Philosophy Department des Union College, New York, USA.

Marius Bartmann, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Universität Bonn.

Kevin G. Behrens, Direktor des Biko Centre for Bioethics an der University of Witwatersrand und Professor für Bioethik an der University of Cape Town, South Africa.

Serap Ergin Aslan, Postdoktorandin in der Arbeitsgruppe Ethik der Medizin der Abteilung Philosophie an der Medizinischen Fakultät OWL & Institute for Studies of Science, Universität Bielefeld.

John-Stewart Gordon, Professor für angewandte Informatik an der Faculty of Informatics, Kaunas University of Technology, Litauen.

Aurélie Halsband, Leiterin der Wissenschaftlichen Abteilung des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Universität Bonn.

Matti Häyry, Professor und Senior Fellow am Department of Management Studies, Aalto University, Finnland.

Bert Heinrichs, Professor für Ethik und Angewandte Ethik am Institut für Wissenschaft und Ethik (IWE), Universität Bonn.

Peter Herissone-Kelly, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Centre for Professional Ethics, University of Lancashire, Preston, United Kingdom.

Anna Hirsch, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Lynn A. Jansen, Associate Research Professor am Center for the Philosophy of Freedom, University of Arizona, Tucson, USA.

Tristan Katz, Senior Researcher am Institut für Umwelt- und Geisteswissenschaften, Universität Fribourg, Schweiz.

Niklas Kurzböck, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Universität Bonn.

Dirk Lanzerath, Direktor des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) und Professor am Institut für Philosophie der Universität Bonn.

Catriona Mackenzie, Emeritus Professorin am Ethics and Agency Research Centre, Macquarie University, Sydney, Australien.

Georg Marckmann, Prof. Dr. med., Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Michael Quante, Professor für Philosophie mit dem Schwerpunkt Praktische Philosophie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Oliver Rauprich, Leiter des Arbeitsbereichs Ethik im Gesundheitswesen und Public Health am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Stuart Rennie, Professor für Sozialmedizin am Center for Bioethics, School of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, USA.

Sabine Salloch, Professorin am Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover.

Jan Schildmann, Professor am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsmedizin Halle.

Matthew Shea, Assistant Professor am Center for Medical Ethics & Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, USA.

Natalie Stoljar, Professorin am Department of Philosophy, McGill University, Montreal, Kanada.

Andreas Vieth, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Philosophischen Seminar, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Anthony Voisard, Post-Doktorand im Projekt ‚Ethik an den Grenzen der Anpassung an den Klimawandel: der Fall Guttannen‘, Universität Fribourg, Schweiz.

Jochen Vollmann, Professor am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum.

Ivo Wallimann-Helmer, Direktor des University of Fribourg Environmental Sciences and Humanities Instituts (UniFR_ESH Institut) und Professor für Umwelt- und Geisteswissenschaften, Universität Fribourg, Schweiz.

Textnachweise

- Azétso, J., & Rennie, S. (2010). Principlism, medical individualism, and health promotion in resource-poor countries: can autonomy-based bioethics promote social justice and population health? *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-1> (Gedruckt und übersetzt unter Creative Commons CC BY Lizenz.)
- Baker, R. (2024). Anchor bias, autonomy, and 20th-century bioethicists' blindness to racism. *Bioethics*, 38, 275–281. <https://doi.org/10.1111/bioe.13258> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von John Wiley and Sons.)
- Behrens, K. G. (2018). A critique of the principle of ›respect for autonomy‹, grounded in African thought. *Developing World Bioethics*, 18(2), 126–134. <https://doi.org/10.1111/dewb.12145> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von John Wiley and Sons.)
- Ergin Aslan, S. (2025). Universelle Prinzipien – kulturell vermittelt? Zur Spezifizierung und Abwägung in interkultureller Perspektive. (Originalbeitrag)
- Gordon, J. S., Rauprich, O., & Vollmann, J. (2011). Applying the Four-Principle Approach. *Bioethics*, 25(6), 293–300. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01757.x> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von John Wiley and Sons.)
- Halsband, A., & Heinrichs, B. (2022). AI, Suicide Prevention and the Limits of Beneficence. *Philosophy & Technology*, 35, Article 103. <https://doi.org/10.1007/s13347-022-00599-z> (Gedruckt und übersetzt unter Creative Commons CC BY Lizenz.)
- Häyry, M. (2022). *Roles of Justice in Bioethics*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009104364> [Auszug; Kap. 1, 4–5] (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von Cambridge University Press.)
- Herissone-Kelly, P. (2022). How to Deal with Counter-Examples to Common Morality Theory: A Surprising Result. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 31(2), 185–191. <https://doi.org/10.1017/S096318012100058X> (Gedruckt und übersetzt unter Creative Commons CC BY Lizenz.)
- Hirsch, A. (2025): Konflikte zwischen Autonomie und Wohlergehen in der Patientenversorgung: Ein Vorschlag zur philosophisch-konzeptionellen Erweiterung des Vier-Prinzipien-Modells (Originalbeitrag)
- Jansen, L. A. (2022). Medical Beneficence, Nonmaleficence, and Patients' Well-Being. *The Journal of Clinical Ethics*, 33(1), 23–28. <https://doi.org/10.1086/JCE2022331023> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von University of Chicago Press – Journals.)

- Katz, T. D. (2023). Widely Agreeable Moral Principles Support Efforts to Reduce Wild Animal Suffering. *Journal of Applied Animal Ethics Research*, 5(2), 221–246. <https://doi.org/10.1163/25889567-bja10038> (Gedruckt und übersetzt unter Creative Commons CC BY Lizenz.)
- Marckmann, G. (2025): Prinzipienorientierte Ethik der Patientenversorgung (Originalbeitrag)
- Quante, M., & Vieth, A. (2000). Angewandte Ethik oder Ethik in Anwendung? Überlegungen zur Weiterentwicklung des principlism. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 5, 5–34. (Gedruckt mit freundlicher Genehmigung der Autoren.)
- Salloch, S., Schildmann, J. & Vollmann, J. (2012). Prinzip und Urteilskraft in der Medizinethik. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 60(2), 251–268. <https://doi.org/10.1524/dzph.2012.0018> (Gedruckt mit freundlicher Genehmigung von Walter De Gruyter GmbH.)
- Shea, M. (2020). Principlism's Balancing Act: Why the Principles of Biomedical Ethics Need a Theory of the Good. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 45(4–5), 441–470. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa014> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von Oxford University Press.)
- Stoljar, N., & Mackenzie, C. (2022). Relational autonomy in feminist bioethics. In W. A. Rogers, J. L. Scully, S. M. Carter, V. A. Entwistle, & C. Mills (Hrsg.), *The Routledge Handbook of Feminist Bioethics* (S. 71–83). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003016885> (Gedruckt und ins Deutsche übersetzt mit freundlicher Genehmigung von Taylor and Francis Group LLC (Books) US.)
- Voisard, A., & Wallimann-Helmer, I. (2023). Towards a Practical Climate Ethics: Combining Two Approaches to Guide Ethical Decision-Making in Concrete Climate Governance Contexts. *Ethics, Policy & Environment*, 27(3), 333–349. <https://doi.org/10.1080/21550085.2023.2236504> (Gedruckt und übersetzt unter Creative Commons CC BY Lizenz.)

Einleitung

Orientierung ohne Dogma: Der Prinzipalismus als offenes Modell

Vier Prinzipien oder Prinzipiengruppen – Autonomie, Nichtschaden, Benefizienz und Gerechtigkeit – bilden seit Jahrzehnten das Fundament der Bioethik von Tom Beauchamp und James Childress. Entstanden sind sie vor dem Hintergrund klinischer Entscheidungsprobleme, der Arzt-Patienten-Beziehung und eines wachsenden Bewusstseins für individuelle Selbstbestimmung. Die Herausforderungen, an denen sich diese Prinzipien bewähren müssen, haben sich seither jedoch grundlegend gewandelt. Bioethische Fragestellungen betreffen heute zunehmend kollektive, globale und langfristige Zusammenhänge: die Nutzung und Weitergabe von Gesundheitsdaten, die ökologische Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen, globale Ungleichheiten im Zugang zu medizinischem Fortschritt, den Einsatz neuer Technologien wie Künstlicher Intelligenz sowie die wachsende Verschränkung von Forschung, Gesellschaft und Wirtschaft.

Vor diesem Hintergrund erweist sich der Prinzipalismus weniger als abgeschlossenes Regelwerk denn als dynamisches Orientierungsmodell. Seine Stärke liegt darin, Prinzipien mittlerer Reichweite bereitzustellen, die keine kontextinvariante Geltung beanspruchen, sondern gerade der Spezifizierung, Abwägung und normativen Reflexion in entsprechenden Kontexten bedürfen. Diese Offenheit ermöglicht es, die vier Prinzipien unter veränderten sozialen, technologischen und ökologischen Bedingungen neu zu lesen, ohne ihren normativen Kern preiszugeben.

Das Prinzip der Achtung der Autonomie etwa kann unter gegenwärtigen Bedingungen nicht mehr ausschließlich individualistisch verstanden werden. In datengetriebenen Forschungs- und Versorgungskontexten, in denen individuelle Entscheidungen kollektive Folgen haben und gesellschaftliche Strukturen Handlungsmöglichkeiten prägen, rückt eine relationale und sozial eingebettete Konzeption von Autonomie in den Vordergrund. Autonomie bedeutet dann nicht nur Schutz vor externen Einflüssen oder Fremdbestimmung, sondern umfasst auch die Fähigkeit zur verantwortlichen Teilhabe an gemeinsamen Praktiken sowie den Anspruch auf faire, transparente und inklusive Entscheidungsstrukturen.

Auch die Prinzipien des Nichtschadens und der Benefizienz erfahren unter der Ausweitung bioethischer Problemstellungen auf kollektive, globale und langfristi-

ge Dimensionen eine Erweiterung. Schäden und Nutzen sind häufig nicht mehr auf unmittelbare Interaktionen begrenzt, sondern entfalten ihre Wirkungen indirekt, zeitverzögert oder generationenübergreifend. Die Vermeidung von Schäden kann daher nicht allein als Verhinderung individueller Beeinträchtigungen verstanden werden, sondern muss auch systemische, ökologische und soziale Folgen wissenschaftlichen und medizinischen Handelns berücksichtigen. Entsprechend verweist Benefizienz über therapeutischen Nutzen hinaus auf Bedingungen gelingenden Lebens insgesamt – für gegenwärtige wie zukünftige Generationen und zunehmend auch für nicht-menschliche Lebensformen.

Besonders deutlich wird der Wandel im Verständnis des Gerechtigkeitsprinzips. Fragen der gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen, des Zugangs zu Forschungsergebnissen oder der Priorisierung gesundheitspolitischer Maßnahmen sind heute untrennbar mit globalen Machtverhältnissen, wirtschaftlichen Interessen und strukturellen Ungleichheiten verbunden. Gerechtigkeit erhält damit eine transnationale, intergenerationelle und ökologische Dimension, die den Blick auf Fragen nach Verantwortung, Teilhabe und Zugang schärft. Konzepte wie *Access and Benefit Sharing* oder nachhaltige Innovationsverantwortung markieren hierbei Versuche, den normativen Anspruch des Prinzips unter veränderten Bedingungen einzulösen.

In dieser erweiterten Perspektive rückt Bioethik näher an eine Ethik des Lebens und der Lebenswissenschaften insgesamt heran. Medizinische, ökologische und soziale Aspekte von Gesundheit lassen sich nicht länger trennen, ohne zentrale normative Spannungen auszublenden. Konzepte wie planetare Gesundheit, Forschung als soziale Praxis oder nachhaltige Innovation stehen dabei nicht neben den Kernideen des Prinzipalismus, sondern führen seinen ursprünglichen Anspruch fort, praktische Orientierung in moralischen Konfliktlagen zu bieten. Der vorliegende Band macht diese Entwicklung sichtbar, indem er zeigt, wie die Prinzipien von Beauchamp und Childress unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen interpretiert, kritisch geprüft und produktiv weitergedacht werden können. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Konzeption des vorliegenden Begleitbandes nachvollziehen. Am *Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften* (DRZE) ist er aus der Überzeugung entstanden, dass die Prinzipien von Beauchamp und Childress gerade unter den Bedingungen gegenwärtiger Umbrüche einer vertieften, kontextsensiblen und kritisch reflektierenden Prüfung bedürfen.

Die im vorliegenden Band versammelte Forschungsliteratur bildet einen Begleitband zur deutschen Übersetzung der *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress, die ebenfalls am DRZE angefertigt wurde.¹ Dieser

1 Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2024). *Prinzipien der Bioethik* (J. Pelger, Übers.; D. Lanzerath & A. Halsband, Hrsg.). Verlag Karl Alber.

Begleitband bietet Leser*innen einen strukturierten Zugang zu den theoretischen Grundlagen, methodischen Herausforderungen und vielfältigen Erweiterungen des Prinzipalismus. Während das Werk von Beauchamp und Childress seit Jahrzehnten zu den einflussreichsten und am weitesten rezipierten Ansätzen der Bioethik zählt, sind sein Verständnis und seine Anwendung keineswegs immer selbst-erklärend. Der Begleitband führt daher nicht nur in zentrale Diskussionen ein, sondern dokumentiert zugleich die Entwicklung, die der prinzipientheoretische Ansatz in Reaktion auf ebendiese durchlief. Die Beiträge eröffnen ein Panorama theoretischer Reflexionen, praktischer Anwendungen und kritischer Perspektiven, welche die Lektüre des Grundwerks vertieft und insbesondere für den deutschsprachigen Raum seine Relevanz wie auch Grenzen herausstellt. Die Beiträge machen auch deutlich, wie die Anwendung der Prinzipien dem beschriebenen Wandel des bioethischen Kontextes gerecht wird.

Die Struktur dieses Begleitbandes zielt darauf ab, die innere Architektur des Prinzipalismus sichtbar zu machen und erschließt zugleich die Breite seines Anwendungspotenzials. Wir haben als Herausgebende die Beiträge daher so angeordnet, dass sie vom theoretischen Fundament über die methodische Ausarbeitung bis hin zu kulturellen und transdisziplinären Erweiterungen führen. Zunächst werden die normativen Grundlagen des Prinzipalismus entfaltet, um die zentralen Begriffe, Annahmen und Debatten transparent zu machen, auf denen der Ansatz von Beauchamp und Childress beruht. Daran schließen sich Beiträge an, die zeigen, wie die vier Prinzipien im Prozess praktischen Urteilens in konkreten Situationen zur Geltung kommen. Ein weiterer Teil beleuchtet das Spannungsfeld zwischen der Universalität der Prinzipien und der kulturellen Bedingtheit moralischer Orientierung. Abschließend werden Felder jenseits der traditionellen klinischen Ethik erschlossen, in denen sich der Prinzipalismus als methodisch fruchtbares Orientierungsinstrument erweist. Auf diese Weise soll der Band nicht nur ein vertieftes Verständnis des Ansatzes vermitteln, sondern auch seine Weiterentwicklung sichtbar machen und die vielfältigen Diskussionsstränge zusammenführen, die den Prinzipalismus bis heute prägen.

In Teil I werden die theoretischen Voraussetzungen des Prinzipalismus erschlossen. John-Stewart Gordon, Oliver Rauprich und Jochen Vollmann zeigen in ihrem Beitrag an einem konkreten Beispiel, wie der Prinzipalismus in der Praxis angewandt werden kann und arbeiten zugleich seine methodologischen Stärken und Schwächen heraus. Dabei argumentieren die Autoren dafür, dass die *common morality* als Organisationsprinzip eingesetzt werden kann, mit dem Konflikte zwischen widerstrebenden Prinzipien aufgelöst werden können. Ihr Text zeigt, dass der Prinzipalismus weniger als strenger Entscheidungsalgorithmus denn als flexibles, zugleich normativ anspruchsvolles Instrument der ethischen Urteilsbildung zu verstehen ist. Peter Herissone-Kelly wiederum widmet sich der Frage,

ob Beauchamp und Childress die argumentativen Ressourcen besitzen, um die *common morality* gegenüber Gegenbeispielen zu verteidigen. Seine Analyse der Argumentationsstruktur macht deutlich, wie anspruchsvoll die begründungstheoretische Verteidigung des Prinzipalismus in dieser Hinsicht tatsächlich ist. Michael Quante und Andreas Vieth analysieren in ihrem Beitrag schließlich anhand des Konflikts zwischen Prinzipalismus und Deduktivismus das Verhältnis zwischen ethischer Theoriebildung und konkreter Situation. Sie legen dar, dass der Prinzipismus nicht als unidirektionales Modell von Theorie und Anwendung zu verstehen ist, sondern als eine wechselseitige Beziehung – ein Gedanke, der für das Verständnis des gesamten Ansatzes unter Berücksichtigung eines Überlegungs-gleichgewichts zentral ist.

Teil II wendet sich der Spezifizierung und Abwägung der Prinzipien und damit dem methodischen Kern des Prinzipalismus zu. Sabine Salloch, Jan Schildmann und Jochen Vollmann argumentieren, dass moralische Urteilskraft eine unverzichtbare Fähigkeit darstellt, um Prinzipien fallbezogen zu konkretisieren. Sie zeigen, dass die Struktur der Prinzipien zwar Orientierung gibt, aber erst im Zusammenspiel mit Erfahrung, Kontextsensibilität und einer ausgebildeten Urteilskraft wirksam wird. Der Beitrag von Matthew Shea knüpft daran an, indem er die Notwendigkeit einer objektivistischen Theorie des Guten für das Spezifizieren und Abwägen der Prinzipien betont: Prinzipien lassen sich nicht angemessen konkretisieren, ohne Vorstellungen darüber, was gut für Menschen ist und welche Güter im Konfliktfall wie zu gewichten sind. Die beiden für den Begleitband neu verfassten Beiträge von Georg Marckmann sowie von Anna Hirsch führen diese Reflexionen in die konkrete klinische Ethikberatung hinein. Marckmann zeigt, wie der Vier-Prinzipien-Ansatz in realen Beratungssituationen Orientierung bieten kann, welche methodischen Schritte hierbei notwendig sind und wie sich Prinzipien im interprofessionellen Austausch bewähren. Hirsch widmet sich der häufig konfliktträchtigen Relation von Autonomie und Benefizienz und arbeitet heraus, wie die Prinzipien in Situationen angewandt werden können, in denen Selbstbestimmung und ärztliche Fürsorge miteinander konkurrieren. Lynn A. Jansen schließlich fokussiert auf die beiden zentralen Prinzipien Benefizienz und Nichtschaden, und knüpft sie systematisch an die Frage des Patientenwohls. Anhand der von ihr eingeführten Unterscheidung zwischen bestem medizinischen Interesse und bestem Gesamtinteresse von Patient*innen argumentiert sie gegen die in der Forschungsliteratur häufiger vertretene These, dass das Prinzip des Nichtschadens überflüssig sei, weil das Prinzip der Benefizienz es bereits implizieren würde. Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Prinzip der Gerechtigkeit im Prinzipismus erfolgt in dem Beitrag von Matti Häyry. Seiner kritischen Beobachtung zufolge hat das aktuelle Verständnis von Gerechtigkeit in der Bioethik zur Folge, die bestehende kapitalistische Hegemonie zu zementieren.

Um diesen Zustand zu überwinden, argumentiert Häyry für eine modifizierte normative Rolle der Gerechtigkeit, deren Ziel es sein sollte, alternative politische Konzepte des Widerstands und der Emanzipation zu etablieren. Abgeschlossen wird der Teil durch den Beitrag von Natalie Stoljar und Catriona Mackenzie, die einen feministischen Ansatz relationaler Autonomie entwickeln und gegen geläufige entscheidungstheoretische und libertäre Konzeptionen von Autonomie abgrenzen. Besonders im Fokus stehen dabei die Implikationen ihres Ansatzes für zentrale bioethische Begriffe wie etwa informierte Einwilligung, Entscheidungsautonomie und adaptive Präferenzen. Nach Stoljar und Mackenzie wird damit ein wesentliches Element der modernen Debatte um Selbstbestimmung sichtbar: dass Autonomie nicht trotz, sondern durch Beziehung möglich wird.

Teil III nimmt die kulturelle Vielfalt normativer Orientierungen im Prinzipalismus in den Blick. Robert Baker zeigt anhand historischer und zeitgenössischer Beobachtungen, dass moralische Prinzipien nie frei von kulturellen und sozialen Voraussetzungen sind und dass gerade das Autonomieprinzip im Prinzipalismus lange Zeit blind für Formen struktureller Diskriminierung und Rassismus geblieben ist. Kevin G. Behrens arbeitet aus afrikanischer Perspektive heraus, weshalb der westlich geprägte Autonomiebegriff in vielen Gesellschaften weder anschlussfähig noch normativ befriedigend ist. Demgegenüber plädiert er dafür, das einflussreiche Prinzip der Achtung der Autonomie durch das Prinzip der Achtung vor Personen zu ersetzen und entwickelt dabei eine relationale Konzeption von Personsein, welche der sozialen Einbettung von Personen besonders Rechnung zu tragen versucht. Daran knüpft der Beitrag von Serap Ergin Aslan an, der die Spannung zwischen universellen moralischen Prinzipien und ihrer kulturellen Bedingtheit ausleuchtet. Ihre Analyse zeigt, wie am universellen Charakter von Prinzipien grundsätzlich festgehalten und gleichzeitig deren kontextabhängige Spezifizierung in verschiedenen Kulturen berücksichtigt werden kann. Auf diese Weise wird ein reflexives Modell entwickelt, das kulturelle Besonderheiten ernst nimmt, ohne gemeinsame moralische Bezugspunkte aufzugeben. Jacquineau Azétsop und Stuart Rennie schließlich zeigen am Beispiel ressourcenarmer Länder (*resource-poor countries*), welche Herausforderungen sich ergeben, wenn ein stark autonomiefokussierter Prinzipalismus auf Kontexte trifft, in denen soziale Determinanten von Gesundheit und strukturelle Ungleichheiten wesentlich drängender sind als der Schutz individueller Entscheidungsfreiheit. Dieser Teil macht insgesamt deutlich, dass der Prinzipalismus als globaler Ansatz nur tragfähig bleibt, wenn er interkulturelle Perspektiven integriert und seine eigenen normativen Voraussetzungen flexibel weiterentwickelt.

Der abschließende Teil IV eröffnet den Blick auf Anwendungsfelder des Prinzipalismus jenseits der klassischen klinischen Ethik. Aurélie Halsband und Bert Heinrichs beurteilen auf Grundlage des Prinzipalismus ausgewählte Fragen der

legitimen Anwendung künstlicher Intelligenz und zeigen, wie komplex der Anwendungsbereich des Benefizienzprinzips wird, wenn Technologieunternehmen die von ihnen entwickelten Produkte zur Suizidprävention einsetzen. Anthony Voisard und Ivo Wallimann-Helmer weisen die Top-down-Struktur prinzipientheoretischer Abwägungen zurück, um diese für Entscheidungsprozesse in der Klimapolitik nutzbar zu machen, sodass die Prinzipien – richtig spezifiziert – auch für Governance-Prozesse in konkreten Kontexten Orientierung bieten können. Auch Tristan David Katz weist abschließend klassische Top-down-Theorien wie den Utilitarismus oder die kantische Ethik zurück und zeigt anhand des Phänomens von Wildtierleid, dass konsensfähige moralische Prinzipien im Sinne des Prinzipalismus in der Tier- und Umweltethik eine vergleichbare Rolle wie in der biomedizinischen Ethik spielen können. Dabei rechtfertigt er in Rekurs auf die ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite großangelegte Eingriffe in die Natur, um das Leid von Wildtieren einzudämmen.

Die Auswahl der hier versammelten Texte orientiert sich an den Kriterien der Relevanz für den Forschungsdiskurs zum Prinzipalismus, der Themenvielfalt sowie der Aktualität. Ganz im Sinne von Beauchamp und Childress' Methode musste auch hier spezifiziert und abgewogen werden. Einige Texte haben den Forschungsdiskurs nachhaltig geprägt, was ihre Aufnahme in diesen Band auch dann rechtfertigte, wenn sie nicht allerneuesten Datums waren. Auf diese Texte trifft in hohem Maße zu, was für alle Texte im Allgemeinen gilt: sie sind Erzeugnisse ihrer Zeit und müssen daher auch aus dieser Zeit heraus begriffen werden. Konkret bedeutet dies, dass einige der hier versammelten übersetzten Wiederabdrucke nicht primär den gegenwärtigen Forschungsstand abbilden. Sie verdeutlichen vielmehr, wie sich der Prinzipalismus in Reaktion auf diese Art von Veröffentlichungen mit hoher wissenschaftlicher Qualität weiterentwickelt hat.

Der Band als Ganzes möchte die deutsche Übersetzung der *Principles of Biomedical Ethics* nicht lediglich begleiten, sondern vertiefen, erweitern und kontextualisieren. Er zeigt, dass der Prinzipalismus sowohl theoretisch anspruchsvoller als auch praktisch vielseitiger ist, als häufig angenommen wird; dass seine Stärke weniger in der Einfachheit von vier Prinzipien liegt als in der Dynamik ihrer Anwendung; und dass seine Zukunft davon abhängt, wie offen und kritisch er sich neuen Herausforderungen gegenüber zeigt. Die hier versammelten Beiträge laden dazu ein, den Prinzipalismus als lebendige, weiterentwickelbare Form bioethischer Reflexion zu verstehen – als ein Instrument, das Orientierung bietet, ohne dogmatisch zu wirken, und dessen Bedeutung in einer sich wandelnden biomedizinischen, technologischen und gesellschaftlichen Landschaft eher zu- als abnimmt.

Die Übersetzung von insbesondere fachwissenschaftlichen Texten erfordert eine Vielzahl editorischer Entscheidungen. Dies umso mehr, da sich Beauchamp

and Childress' *Prinzipien der Bioethik* über 40 Jahre in acht Ausgaben (von 1979 bis 2019) entwickelt haben und die hier versammelten Texte sich auf verschiedene, inhaltlich nicht unerheblich voneinander abweichende Ausgaben beziehen. Im Folgenden möchten wir daher die wichtigsten editorischen Entscheidungen transparent machen, um größtmögliche Nachvollziehbarkeit und eine gewinnbringende Nutzung dieses Begleitbandes zu gewährleisten.

Die deutsche Übersetzung *Prinzipien der Bioethik* (erschienen 2024) wurde auf der Grundlage der achten Ausgabe der *Principles of Biomedical Ethics* (erschienen 2019) angefertigt. Da sich der Titel der englischen Originalausgabe nie geändert hat, wurden alle Erwähnungen des englischen Titels in den hier versammelten Texten mit dem Titel der deutschen Übersetzung wiedergegeben. Entnehmen die Texte Direktzitate aus der achten Ausgabe, so haben wir die entsprechenden deutschen Passagen aus unserer eigenen Übersetzung verwendet. Für Direktzitate aus allen anderen Ausgaben der *Principles of Biomedical Ethics* haben wir unsere Übersetzung nur dann herangezogen, sofern die betreffende Passage identisch mit der entsprechenden Passage der achten Ausgabe ist. Abweichende Passagen wurden neu übersetzt, wobei wir uns jedoch weitgehend an der Terminologie orientiert haben, die wir für die deutsche Übersetzung der *Principles of Biomedical Ethics* entwickelt haben. Enthielten die Beiträge Passagen aus Texten, für die einschlägige Übersetzungen vorliegen (wie z. B. klassische Texte von Aristoteles, Thomas von Aquin oder Immanuel Kant), so haben wir diese Übersetzungen zugrunde gelegt und als zusätzliche Quellen im Literaturverzeichnis des jeweiligen Beitrags hinzugefügt. Zudem sind wir auch der in der deutschen Übersetzung der *Principles of Biomedical Ethics* festgelegten Konvention gefolgt, bei schwierig zu übersetzenden Begriffen das englische Original in Klammern hinzuzufügen und einige Begriffe (wie etwa *common morality*) ganz unübersetzt zu lassen.²

Die Übersetzungen der englischsprachigen Beiträge sind das Ergebnis einer gemeinsamen editorischen Arbeit von Marius Bartmann, Aurélie Halsband und Niklas Kurzböck. Bei der Übersetzung haben wir bezüglich formaler Aspekte zum Zweck der Vereinheitlichung und besseren Handhabung und Nutzung dieses Begleitbandes redaktionelle Anpassungen vorgenommen. So folgen nun alle Texte demselben Zitierstil und beinhalten im Gegensatz zu dem für Zeitschriften üblichen Format keine Abstracts. Alle Texte wurden im Sinne gendersensibler Sprache behutsam adaptiert.

Für ihre tatkräftige Unterstützung und sorgfältige Arbeit im Prozess der Übersetzung und editorischen Einrichtung danken wir herzlich Myrna Herschler, Leonie Haberkamp, Marlene Schönfelder, Jana Schoop und Helen Wimmers.

² Für eine ausführlichere Erläuterung und Begründung terminologischer Entscheidungen bei der Übersetzung der *Principles of Biomedical Ethics* sei auf das Vorwort der deutschen Übersetzung verwiesen.

I

Grundlagen des Prinzipalismus

Die Anwendung des Vier-Prinzipien-Ansatzes

Einleitung

Das *Journal of Medical Ethics* 2003, eine Festschriftausgabe zu Ehren von Raanan Gillon, umfasst Artikel zu der Frage, wie die vier Prinzipien – Achtung der Autonomie, Nichtschaden, Benefizienz und Gerechtigkeit – auf verschiedene Fälle der biomedizinischen Ethik anzuwenden sind. Obwohl die Aufsätze interessant sind, wirken sie in Hinblick auf die gründliche Anwendung der Prinzipien auf verschiedene Fälle zu oberflächlich. Auffällig ist, dass es kaum Literatur gibt, die sich eingehend mit der Frage beschäftigt, wie der Vier-Prinzipien-Ansatz auf einen konkreten Einzelfall angewendet werden kann. Dies könnte zwei Gründe haben: Erstens schenken die Autor*innen der Darstellung einer detaillierten Fallstudie im Allgemeinen eher wenig Aufmerksamkeit; oder zweitens gibt es eine systematische Schwäche in diesem Ansatz.

Beauchamp und Childress vertreten einen Ansatz der *common morality*, der sich grob wie folgt beschreiben lässt:

Die *common morality* ist das Set von Normen, das von allen Personen geteilt wird, die der Moral verpflichtet sind. Die *common morality* ist nicht *eine* Moral unter mehreren. Die *common morality* gilt für alle Menschen an allen Orten, und wir beurteilen zu Recht jedes menschliche Verhalten nach ihren Maßstäben. (Beauchamp & Childress, 2009, S. 3)

Darüber hinaus beruht die Rechtfertigung dieser vier universellen *prima facie* Prinzipien auf den gemeinsam erwogenen Urteilen von Personen, die es mit der Moral ernst meinen. Die *common morality* ist der Ausgangspunkt und der einschränkende Rahmen der moralischen Argumentation. Partikulärmoralen enthalten nicht-universelle moralische Normen, die auf kulturelle, religiöse oder institutionelle Quellen zurückzuführen sind. Diese Normen sind konkret und inhaltsreich, im Gegensatz zu den universellen Prinzipien, die abstrakt und inhaltsarm sind. Die Methode der Spezifizierung und die Methode der Abwägung sind

* Nachdruck und Übersetzung von: Gordon, J. S., Rauprich, O., & Vollmann, J. (2011). Applying the Four-Principle Approach. *Bioethics*, 25(6), 293–300. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01757.x>, mit freundlicher Genehmigung von John Wiley and Sons, via CCC

die wichtigsten Instrumente, um die abstrakten und inhaltsarmen universellen Prinzipien mit empirischen Daten anzureichern, die aus den Partikularmoralen stammen. Das heißt, dass Menschen mit unterschiedlichen Partikularmoralen die Prinzipien aufgrund unterschiedlicher empirischer Daten und Quellen unterschiedlich spezifizieren und abwägen können. Einige Partikularmoralen – wie z. B. der Piratenkodex (*Pirates' Creed of Ethics*) – liegen außerhalb der Grenzen der *common morality* und sind daher unzulänglich. Beauchamp und Childress scheinen zu behaupten, dass die anderen Partikularmoralen nach Perfektion streben und versuchen, sich der *common morality* so weit wie möglich anzunähern. Die am weitesten entwickelte Partikularmoral ist der *common morality* dabei am nächsten.

In diesem Beitrag stellen wir eine Fallstudie vor und verwenden die Methode des Prinzipialismus, um dessen methodologische Stärken und Schwächen im Hinblick auf seine Anwendbarkeit zu analysieren. Der erste Teil des Artikels enthält die Fallbeschreibung, die den Ausgangspunkt für die vorliegende Fallstudie bildet. Der zweite Teil bietet eine systematische Anwendung des Vier-Prinzipien-Ansatzes, indem verschiedene Spezifizierungen vorgestellt werden, um den moralischen Konflikt zu erfassen. Der dritte Teil befasst sich mit der Frage, wie Prinzipialist*innen mit einem moralischen Problem umgehen können, wenn sich herausstellt, dass es nicht durch eine schlichte Anwendung der vier Prinzipien gelöst werden kann. Der vierte Teil untersucht die methodologische Frage, ob Prinzipialist*innen ein organisierendes oder leitendes Prinzip verwenden (können), um zwischen widerstreitenden Prinzipien zu entscheiden. Der letzte Teil enthält einige abschließende Bemerkungen.

1 Der Fall Maria¹

Maria war eine Frau aus Athen, die im Alter von 82 Jahren verstarb. Zwei Jahre vor ihrem Tod erlitt sie durch Arthritis eine schwere Behinderung und war nach einer erfolglosen Katarakt- und Glaukombehandlung praktisch blind. Maria wurde zu Hause von ihrer Familie gepflegt, die sich nie beklagte. Marias Zustand verschlechterte sich drastisch, als sie einen schweren Schlaganfall erlitt und in ein Krankenhaus eingeliefert wurde, wo sie in ein »Wachkoma« fiel. Dort wurde Maria über eine nasogastrale Sonde künstlich ernährt und mit Flüssigkeit versorgt. Nach Ansicht des Arztes war keine andere Behandlung angemessen, da eine Genesung Marias äußerst unwahrscheinlich war.

Marias Familie besuchte sie regelmäßig im Krankenhaus, empfand die Besuche allerdings als sehr belastend. Maria fiel es äußerst schwer zu sprechen und war

1 Vgl. Parker und Dickenson (2005, S. 4–5).

in schlechter Verfassung. Maria empfand ihre Situation von Anfang an als unerträglich und äußerte in den ersten sechs Wochen ihres Krankenhausaufenthalts immer wieder den Wunsch, sterben zu dürfen. Sie tat dies durch Handzeichen und hart erkämpfte Worte, obwohl dies für sie selbst äußerst schwierig und schmerzhaft war. Maria wurde zunehmend frustrierter und unternahm mehrere Versuche, ihre Ernährungssonde zu entfernen.

Marias Kinder wussten, dass ihre Mutter eine lebenslange Abneigung gegen Krankenhäuser und Medizin hatte. Sie fühlten sich auch verpflichtet, ihren Wunsch zu sterben zu respektieren. Nachdem sie dies unter sich beraten hatten, beschlossen sie, ihren Arzt auf die Möglichkeit anzusprechen, die Behandlung abubrechen und Maria sterben zu lassen. Der Arzt machte sehr deutlich, dass er nicht in Betracht ziehen würde, einer solchen Bitte nachzukommen. Er betonte, dass eine solche Bitte gegen seine Verantwortung als Arzt verstoßen würde. Außerdem argumentierte er, dass Marias Wunsch nicht für bare Münze genommen werden dürfe, da Maria in letzter Zeit an einer leichten Depression gelitten habe. Marias Familie war mit dieser Entscheidung und der Argumentation des Arztes nicht zufrieden; sie waren der Meinung, dass sie keine andere Wahl hatten als die Entscheidung zu akzeptieren.

Eine Woche später fiel Maria in ein vollständiges und irreversibles Koma. Nach weiteren Gesprächen mit der Familie stimmte der Arzt zu, die Ernährung einzustellen, weigerte sich aber, die Flüssigkeitszufuhr zu unterbrechen. In den nächsten zwei Wochen traten bei Maria keine Komplikationen auf; dann starb sie plötzlich, als sie einen zweiten Schlaganfall erlitt.

Nach Marias Tod beschwerte sich ihr Sohn bei dem Arzt bitter über die Art und Weise, wie seine Mutter behandelt worden war. Er argumentierte, dass seine Mutter früher gestorben wäre und viel weniger gelitten hätte, wenn der Arzt dem ursprünglich erbetenen Wunsch der Familie nachgekommen wäre, alle Arten von Behandlungen einzustellen. Er führte weitergehend aus, dass es die Pflicht des Arztes sei, das Leiden der Patientin zu lindern, wenn klar sei, dass sie bald sterben würde; dies bedeute, dass es manchmal falsch sein könne, Patient*innen so lange wie möglich und um jeden Preis am Leben zu erhalten.

Der Arzt entgegnete, dass die Flüssigkeitszufuhr nicht einfach eine weitere »Behandlungsform« sei, sondern vielmehr die grundlegendste Form der Versorgung. Es sei seine Pflicht als Arzt, allen Patient*innen diese grundlegende Versorgung zukommen zu lassen. Obwohl er das Leben sterbender Patient*innen nicht unnötig verlängern würde, war er der festen Überzeugung, dass es nicht als ein würdevoller und friedlicher Tod angesehen werden kann, wenn man Patient*innen wegen fehlender Flüssigkeitszufuhr sterben ließe. Dies würde in der Tat gegen seine Fürsorgepflicht als Arzt verstoßen. Darüber hinaus argumentierte er, dass

ein solches Vorgehen gegen jede griechisch-medizinische oder religiöse Tradition als auch gegen seine persönlichen Überzeugungen verstoßen würde.

2 Anwendung des Vier-Prinzipien-Ansatzes

Die folgende Analyse ist ein Versuch, den Vier-Prinzipien-Ansatz sorgfältig auf einen bestimmten Fall anzuwenden, und kann auch für die Untersuchung anderer Fälle hilfreich sein. Im Fall von Maria haben wir zwei Hauptaspekte festgestellt: (i) das Prinzip des Nichtschadens (wie es aus der Sicht von Maria und ihren Angehörigen interpretiert wird) und das Prinzip der Benefizienz (wie es aus der Sicht des Arztes interpretiert wird) geraten in Konflikt, und (ii) die betroffenen Personen interpretieren das Prinzip der Achtung der Autonomie unterschiedlich. Beide Aspekte werden nacheinander besprochen.

(i) Nichtschaden und Benefizienz

Sowohl Maria als auch der Arzt stimmen überein, dass keine Chance für Maria auf Genesung besteht und dass sie bald sterben wird; daher besteht das Ziel nicht darin, das Leben zu verlängern, sondern eine angemessene Versorgung am Ende ihres Lebens zu gewährleisten. Maria ist jedoch der Meinung, dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr schädlich sind, da sie das Leiden verlängern. Folglich würde der Abbruch der Behandlung in Bezug auf ihre derzeitige Situation bedeuten, einen würdevollen und friedlichen Tod zu sterben. Nach Ansicht des Arztes ist die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht nur eine weitere Form der medizinischen Behandlung, sondern die grundlegendste Form der Versorgung, die unheilbar kranke Patient*innen auf jeden Fall erhalten sollten. Sie ist eine notwendige Voraussetzung für einen würdevollen und friedlichen Tod. Ein Entzug der Flüssigkeitszufuhr und der Ernährung würde die Würde von Patient*innen verletzen. Dieser Konflikt kann wie folgt spezifiziert werden:

Maria

1. Respektiere das Prinzip des Nichtschadens.
2. Respektiere das Prinzip des Nichtschadens, indem du einer anderen Person keinen Schaden zufügst.
3. Füge einer anderen Person keinen Schaden zu, indem du die Würde einer anderen Person verletzt.
4. Verletze die Würde von anderen Personen nicht, indem du Patient*innen, die bald sterben werden, daran hinderst, auf eine würdevolle und friedliche Weise zu sterben.

5. Verhindere nicht, dass Patient*innen, die bald sterben werden, auf würdevolle und friedliche Weise sterben, indem du lebenserhaltende Behandlungen durchführst, die Leiden verlängern.
6. Verlängere nicht das Leben leidender Patient*innen, die bald sterben werden, durch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Arzt

1. Respektiere das Prinzip der Benefizienz.
2. Respektiere das Prinzip der Benefizienz, indem du das Gute förderst.
3. Fördere das Gute, indem du die Würde förderst/ermöglichst.
4. Fördere/ermögliche die Würde, indem du Patient*innen würdevoll und friedlich sterben lässt.
5. Lasse Patient*innen auf würdige und friedliche Weise sterben, indem du (noch) grundlegende Versorgung leistest.
6. Leiste eine grundlegende Versorgung für Patient*innen, indem du eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gewährleistest.

(ii) Das Prinzip der Achtung der Autonomie

Wie wir gesehen haben, stehen das Prinzip des Nichtschadens (wie es aus Marias Sicht spezifiziert wurde) und das Prinzip der Benefizienz (wie es aus der Sicht des Arztes spezifiziert wurde) in einem Konflikt zueinander. Der Kern des Konflikts scheint darin zu bestehen, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nach Ansicht des Arztes Voraussetzungen für einen würdevollen Tod sind, während Maria der Meinung ist, dass dies mit einem würdevollen Tod unvereinbar ist. Wie können wir diese Frage entscheiden? Wessen Ansicht sollte Vorrang haben? Könnte das Prinzip der Achtung der Autonomie den Fall lösen? Die folgende Analyse bezieht sich auf das Prinzip der Achtung der Autonomie und stellt die unterschiedlichen Auffassungen der Betroffenen im Detail dar. Maria möchte durch den Abbruch der Behandlung sterben, und sie möchte, dass ihr Wunsch respektiert wird. Der Arzt lehnt ihren Wunsch jedoch ab, unter anderem, weil er der Meinung ist, dass Marias jüngste Diagnose einer leichten Depression ihre Entscheidungsfähigkeit in Frage stellt. Außerdem, und das ist noch wichtiger, verweist er auf die traditionellen Pflichten und Verantwortung seines Berufs, d. h. seine berufliche Autonomie.

Maria

1. Respektiere das Prinzip der Achtung der Autonomie.
2. Respektiere das Prinzip der Achtung der Autonomie, indem du das Konzept der informierten Einwilligung respektierst.
3. Respektiere das Konzept der informierten Einwilligung, indem du die individuelle informierte Einwilligung respektierst.
4. Respektiere die individuelle informierte Einwilligung, indem du Patient*innen das Recht einräumst, zu entscheiden, was in ihrem besten Interesse ist.
5. Respektiere das Recht der Patient*innen, zu entscheiden, was in ihrem besten Interesse ist, indem du ihre Ablehnung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr respektierst.

Arzt

1. Respektiere das Prinzip der Achtung der Autonomie.
2. Respektiere das Prinzip der Achtung der Autonomie, indem du das Selbstbestimmungsrecht der Ärzt*innen respektierst.
3. Respektiere das Selbstbestimmungsrecht der Ärzt*innen, indem du ihre persönliche und berufliche Überzeugung respektierst, dass die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr die grundlegendste Form der Versorgung ist, die alle unheilbar kranken Patient*innen erhalten sollten.
4. Respektiere die persönliche und berufliche Überzeugung der Ärzt*innen, dass die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr die grundlegendste Form der Versorgung ist, die alle unheilbar kranken Patient*innen erhalten sollten, indem du ihre Entscheidung respektierst, Marias Wunsch nach Entzug der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr abzulehnen.

Bewertung 1: Wo liegt der moralische Konflikt?

Der erste Schritt des Prinzipalismus (und jeder anderen ethischen Theorie) besteht darin, durch Ausübung der Urteilkraft den moralischen Konflikt eines gegebenen Falles zu erkennen und zu bestimmen. Im Fall von Maria wurden zwei wesentliche Konflikte untersucht: (i) der Konflikt zwischen dem Prinzip des Nichtschadens (Maria) und dem Prinzip der Benefizienz (Arzt) und (ii) die unterschiedlichen Spezifizierungen des Prinzips der Achtung der Autonomie, d. h. Autonomie als Respekt vor der informierten Ablehnung (Maria) und als Respekt vor dem Einspruch aus Gewissensgründen (Arzt). Auf den ersten Blick scheint die obige Analyse des moralischen Konflikts erfolgreich zu sein, obwohl wir im Folgenden noch etwas mehr dazu sagen werden. Man sollte jedoch immer

bedenken, dass es keine absolute Gewissheit darüber gibt, dass man mit einer einzigen Methode alle Aspekte eines bestimmten Falles bestimmen kann; gute Arbeit wird geleistet, wenn man die Kernprobleme eines Falles identifiziert und eine Lösung präsentiert.

Offensichtlich muss der Arzt nicht bestreiten, dass Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr Marias Leiden verlängern, aber er kann immer noch argumentieren, dass ein Sterben durch das Einstellen der Behandlung noch schlimmer wäre, weil es Marias Würde untergräbt. Es ist also besser, am Ende seines Lebens körperlich und psychisch zu leiden, als würdelos zu sterben. Ob es möglich ist, dass Maria den Standpunkt des Arztes anerkennt, gleichzeitig aber an ihrem Sterbewunsch festhält, ist aus logischen Gründen fraglich, wenn die Art und Weise ihres Todes ihre Vorstellung von Würde untergräbt. Der tiefe Konflikt zwischen dem Prinzip des Nichtschadens (Maria) und dem Prinzip der Benefizienz (Arzt) im vorliegenden Fall ist eine Herausforderung und sollte weiter untersucht werden. Es gibt keine (absolute) Gewissheit, dass alle zentralen Aspekte eines bestimmten Falles immer richtig rekonstruiert werden. Die Fallanalysen beruhen in weiten Teilen auf Erfahrung und ethischer Urteilkraft – unabhängig von der jeweils angewandten Methode, wobei unterschiedliche Methoden im Allgemeinen natürlich das Ergebnis bestimmen. Wir sind der Ansicht, dass die zentralen Fragen identifiziert wurden, aber es scheint uns, dass wir mehr Informationen benötigen, um eine fundierte prinzipialistische Entscheidung zu treffen. Dies kann geschehen, indem wir fehlende Tatsachen nachtragen und die Annahmen der widerstreitenden Ansichten prüfen.

Vertiefung der Analyse

Erstens: Worunter leidet Maria? Maria leidet unter starken Schmerzen, die sowohl körperlich (Schluckbeschwerden) als auch psychisch (völlige Abhängigkeit von anderen) sind;² sie hat durch Zeichen, hart erkämpfte Worte und wiederholte Versuche, ihre Ernährungssonde zu entfernen, deutlich gemacht, dass sie sterben möchte. Sie ist verzweifelt und frustriert, hat große Schwierigkeiten beim Sprechen, ist behindert und gänzlich von anderen Menschen abhängig und hat eine lebenslange Abneigung gegen Krankenhäuser und Medizin. Außerdem wird sie bald sterben und möchte keine weitere Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr, weil sie der Überzeugung ist, dass dies ihren Tod schneller herbeiführt, was wiederum ihr Leiden beenden würde.

² Leider enthält die Fallbeschreibung keine weiteren Details über Marias Schmerzen, die uns helfen könnten, Fragen zu klären, die wichtige Folgen für die Bewertung des Falles haben könnten.

Zweitens: Was folgt daraus, dass Maria – wie der Arzt diagnostiziert hat – an einer leichten Depression leidet, die ihre Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt? Die entscheidende Frage ist, ob die Depression auf ihrer zunehmenden Frustration über die Weigerung des Arztes zurückzuführen ist, sie durch das Einstellen von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sterben zu lassen, oder ob sie auf ihrem anfänglichen schlechten Gesundheitszustand beruht, so dass sie bereits nicht mehr einwilligungsfähig war, als sie nach der Einlieferung ins Krankenhaus zum ersten Mal ihren Sterbewunsch äußerte. Unseres Erachtens scheint es angesichts der Fallbeschreibung wahrscheinlicher, dass ihre leichte Depression auf der Weigerung des Arztes beruht, sie sterben zu lassen; daher sollte ihr ursprünglicher Sterbewunsch respektiert werden. Kurz gesagt: Es kann natürlich sein, dass sich Marias Zustand im Laufe ihrer Krankheit verschlechtert, aber es scheint unangemessen, ihre ursprüngliche Entscheidung, sterben zu dürfen, aufgrund ihres späteren, verschlechterten Zustands in Frage zu stellen; dies würde das Pferd von hinten aufzäumen.

Drittens: Ist die künstliche Flüssigkeitszufuhr nur eine weitere »Form der Behandlung« oder ist sie die »grundlegendste Form der Pflege, die [...] Ärzt*innen als ihre Pflicht gegenüber allen Patient*innen empfinden«? Dieser Punkt scheint eher umstritten: Einerseits ist es sicherlich richtig, dass die künstliche Flüssigkeitszufuhr natürlich eine Form der medizinischen Behandlung ist. Andererseits erkennen wir die Tatsache an, dass der Arzt eine Unterscheidung zwischen anderen Behandlungsformen und der Versorgung eines Patienten mit Flüssigkeit, die er als »die grundlegendste Form der Pflege« bezeichnet, treffen möchte. Patient*innen zu verlieren, weil sie verdursten, erscheint vor dem Hintergrund des wohl wichtigsten medizinischen Credos, *primum nil nocere*, wie in den sauren Apfel beißen zu müssen. Andere wiederum sind der Meinung, dass die Flüssigkeitszufuhr in manchen Fällen eine sinnlose Behandlung darstellt, die das Leiden der Patient*innen nur verlängert, und dass es Patient*innen durch den Entzug der Behandlung erlaubt sein sollte, sterben zu dürfen. Wir sind der Meinung, dass es keine endgültige Lösung dieser Frage gibt; man muss jeden Fall einzeln untersuchen, um eine geeignete Lösung zu finden.

Viertens: Sollte die medizinische Tradition eines bestimmten Landes immer Vorrang vor den persönlichen Überzeugungen der Patient*innen haben? Um seine Entscheidung zu rechtfertigen, Marias Wunsch zu sterben abzulehnen, behauptet der Arzt, dass es gegen die medizinische Tradition seines Landes verstößen würde, diesem Wunsch nachzukommen. Maria ist auch Griechin, aber sie mag sich nicht unbedingt mit den Regeln der vorherrschenden medizinischen Tradition ihres Landes identifizieren. Die entscheidende Frage ist, ob dies eine entscheidende Rolle im Prozess der ethischen Urteilsbildung spielen sollte. Wer entscheidet, welche Tradition die vorherrschende ist und wie viele Menschen sie

unterstützen sollten? Sollen es 51 %, 75 % oder über 90 % der Menschen im Land sein, oder nur die höchste Zahl von Anhänger*innen im Vergleich zu anderen Gruppen (30 %, 28 %, 22 %, 10 % usw.)? Sollte die vorherrschende Tradition das Leben anderer Menschen beeinflussen dürfen, die nach anderen Maßstäben leben? Es scheint nicht die eine Tradition oder Kultur zu geben; es gibt immer verschiedene Arten, die Tradition und Kultur eines Landes zu pflegen.

Fünftens: Sollten die religiösen Überzeugungen des Arztes eine entscheidende Rolle spielen? Dem Prinzipialismus zufolge sind die religiösen Traditionen des Landes Teil der Partikularmoral. Die Partikularmoral liefert die empirischen Daten für die Spezifizierung und Abwägung der vier Prinzipien der *common morality*. In Bezug auf religiöse Traditionen und die religiösen Überzeugungen des Arztes kann man sich die Frage stellen, ob beide Aspekte eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung spielen sollten. Es ist schwer einzuschätzen, ob die spezifischen religiösen Überzeugungen eines Landes oder idiosynkratische Überzeugungen (jemals) zu gültigen Spezifizierungen universeller Prinzipien führen. Religiöse Überzeugungen können wohl erklären, warum man eine bestimmte Ansicht vertritt, aber sie scheinen weniger gut geeignet, bestimmte Spezifizierungen zu rechtfertigen oder als begründeter und zuverlässiger Leitfaden zur Lösung von Konflikten im Einklang mit universellen Anforderungen zu dienen.

Das wichtigste Ergebnis ist, dass die oben genannten Tatsachen³ zusätzliche Determinanten im Prozess der Entscheidungsfindung sind. Sie liefern uns zusätzliche Informationen zu Fragen, die mit den Hauptkonflikten des jeweiligen Falles zusammenhängen, und sollen unseren Horizont erweitern, damit wir für den Einzelfall sensibler werden.

3 Wie können Prinzipialist*innen mit dem vorliegenden moralischen Problem umgehen?

Es gibt mindestens zwei verschiedene Möglichkeiten, die moralische Analyse eines bestimmten Falles im Hinblick auf die prinzipienorientierte Strategie zu bereichern: (i) durch zusätzliche Spezifizierungen und (ii) durch die Methode des Abwägens.

3 (i) die Art des Schadens, den Maria erleidet, (ii) die Bewertung von Marias Entscheidungsfähigkeit (*competence*) im Hinblick auf ihre Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen, (iii) die Frage, ob künstliche Ernährung eine Form der Behandlung oder die grundlegendste Form der Pflege ist, (iv) die Frage, ob die medizinische Tradition des Landes eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess spielen sollte, und (v) die Frage, ob die persönlichen und religiösen Überzeugungen des Arztes anerkannt werden sollten.

(i) Zusätzliche Spezifizierungen

Durch zusätzliche Spezifizierungen versuchen Prinzipalist*innen, die Konflikte zwischen (a) unterschiedlichen Prinzipien (z. B. Nichtschaden und Benefizienz) oder zwischen (b) unterschiedlichen Interpretationen eines Prinzips (z. B. Achtung der Autonomie) zu lösen. Widersprüchliche Prinzipien und Interpretationen sollten vor dem Hintergrund neuer Fakten und Annahmen in Einklang gebracht werden, um den moralischen Konflikt zu lösen.

(a) *Benefizienz*

Die folgende Spezifizierung des Prinzips der Benefizienz (Arzt) kann den Konflikt zwischen den unterschiedlichen Prinzipien Marias und des Arztes lösen. Das Argument lautet wie folgt: Ein Sterben infolge des Entzugs einer Behandlung (Ernährung/Flüssigkeitszufuhr) ist ein würdeloser Tod genau dann, wenn es eine Missachtung gegenüber der betreffenden Person (Maria) zum Ausdruck bringt. Der Entzug einer Behandlung und die gleichzeitige Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen palliativen Versorgung und persönlichen Zuwendung für Maria wäre jedoch sicherlich kein Ausdruck von Respektlosigkeit und sollte daher nicht als unwürdiger Tod angesehen werden.

(b) *Autonomie*

Das Prinzip der Achtung der Autonomie richtete sich ursprünglich gegen die eher paternalistische Argumentation von Ärzt*innen, die sich wenig um die Wünsche der Patient*innen kümmerten. Im vorliegenden Fall jedoch lässt sich das Argument bezüglich Marias leichter Depression wie folgt spezifizieren: Maria hat das Recht zu entscheiden, was in ihrem besten Interesse ist, genau dann, wenn ihre Entscheidung auf ihrer informierten Einwilligung beruht. Zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung muss sie einwilligungsfähig und ihre Entscheidung freiwillig sein; ihre ursprüngliche Entscheidung darf nicht durch einen Zustand der Depression (oder vielleicht einer leichten Depression) bedingt sein, um sicher sein zu können, dass sie in der Lage ist, vernünftige Entscheidungen zu treffen. Es erscheint daher plausibel, dass Marias ursprünglicher Wunsch als mündliche Patientenverfügung angesehen werden kann, die – vorausgesetzt, dass sie einwilligungsfähig war – im Falle von Unzurechnungsfähigkeit als ihre derzeitige Patientenverfügung fungiert. Daher sollte der Arzt dies anerkennen und als rechtsverbindlich akzeptieren. Dies bedeutet, dass er angehalten ist, ihrem ursprünglichen Wunsch, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einzustellen, zu entsprechen.

Die zusätzlichen Angaben unterstützen die allgemeine Argumentation, dass Maria das Recht haben sollte, ihre Behandlung abubrechen. Eine hochwertige Palliativversorgung und ihr ursprünglicher Wille, der als mündliche Patientenverfügung angesehen werden kann, scheinen angemessene Gründe für ihre berechnigte Entscheidung zu sein. Es ist schwer ersichtlich, wie der Arzt eine andere, gut begründete Argumentation prinzipieller Art anführen kann, angesichts der vorherigen Prüfung der Prinzipien in Bezug auf den vorliegenden Fall. Es scheint daher, dass dem Arzt keine fundierten alternativen Spezifizierungen zur Verfügung stehen, die seine Sichtweise rechtfertigen könnten. Die Analyse wird in Form und Inhalt durch die Methode des Prinzipalismus bestimmt.

(ii) Abwägung: persönliche Autonomie trumpft berufliche Autonomie

Das Prinzip der Achtung der Autonomie kann auf unterschiedliche Weise spezifiziert werden; in Marias Fall stehen zwei konkurrierende, aber legitime Spezifizierungen (persönliche Autonomie und berufliche Autonomie) in Konflikt miteinander. Ein systematischer Weg für den Vier-Prinzipien-Ansatzes ist es, die widerstreitenden Spezifizierungen gegeneinander abzuwägen.⁴ Wir sind der Ansicht, dass die persönliche Autonomie im vorliegenden Fall die berufliche Autonomie trumpft, weil die von Beauchamp und Childress genannten sechs Bedingungen die erstere in angemessener Weise zu rechtfertigen scheinen. Berufliche Pflichten und Traditionen, d. h. die berufliche Autonomie, sollten in der täglichen medizinischen Praxis eine wichtige Rolle spielen, aber sie sind unzulässig, wenn sie die persönliche Autonomie der Patient*innen untergraben, die es vorziehen, die Behandlung abubrechen, weil sie sich nicht erholen werden, sehr leiden und bald sterben werden.

Um zu zeigen, warum wir der Meinung sind, dass die persönliche Autonomie die berufliche Autonomie in diesem speziellen Fall trumpft, möchten wir uns näher mit der dritten Bedingung, »der Verstoß ist moralisch vorzuziehen«,

⁴ Eine Abwägung ist nach Beauchamp und Childress »besonders wichtig für die Urteilsfindung in Einzelfällen« (2001, S. 18), d. h. Abwägung ist »der Prozess, Gründe zu finden, um Überzeugungen darüber zu unterstützen, welche moralischen Normen Vorrang haben sollten« (2009, S. 20). Das bedeutet, dass das Abwägen etwas damit zu tun hat, gute Gründe für gerechtfertigte Handlungen zu finden. Die folgenden sechs Bedingungen begegnen dem wichtigen Einwand, dass Abwägen zu intuitiv und ergebnisoffen erscheint: (1) die übergeordnete Norm ist vernünftiger, (2) das rechtfertigende Ziel des Verstoßes muss erreichbar sein, (3) der Verstoß ist moralisch vorzuziehen, (4) der Verstoß muss mit dem primären Ziel des Handelns übereinstimmen, (5) die möglichen negativen Auswirkungen des Verstoßes müssen minimiert werden, und (6) es muss Unparteilichkeit im Handeln herrschen (2009, S. 23). Aus diesem Grund räumen Beauchamp und Childress auch ein, dass »wir unter bestimmten Umständen nicht in der Lage sein werden zu entscheiden, welcher moralischen Norm wir folgen sollen« (2009, S. 24).

befassen. Wir haben gesehen, dass die Position des Arztes, der die Grundversorgung vorzieht, Maria schweren physischen und psychischen Schaden verursacht. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich um eine ältere Frau handelt, die ihr Leben gelebt hat und bald sterben wird, erscheint es unangemessen, ihren ursprünglichen Wunsch (d. h. ihre mündliche Patientenverfügung) zu verweigern, vor dem Hintergrund, dass eine qualitativ hochwertige Palliativpflege geleistet werden könnte. Die berufliche Autonomie ist sicherlich sehr wichtig in der Gesundheitsversorgung, aber es gibt Fälle, in denen die persönliche Autonomie der Patient*innen Vorrang haben sollte. Es scheint uns moralisch angemessener, dass im vorliegenden Fall die persönliche Autonomie den Ausschlag gibt und Maria daher entsprechend ihrem ursprünglichen Willen zu behandeln ist, was ihre Würde bewahrt, zumindest aus ihrer Sicht.

Bewertung 2: Lösung des moralischen Problems

Die Gegner*innen des Prinzipalismus wie Gert und Clouser behaupten, dass Prinzipalist*innen kein Leitprinzip verwenden und daher nicht in der Lage sind, eine begründete Entscheidung im Hinblick auf konfligierende Spezifizierungen in einem bestimmten Fall zu treffen. Der Grund dafür ist, dass die Konzeption des Prinzipalismus von Beauchamp und Childress ihrer Ansicht nach kein organisierendes Meta-Prinzip wie Kants kategorischen Imperativ oder das utilitaristische Prinzip enthält, das entscheidet, welches der vier Prinzipien oder bestimmten Spezifizierungen Vorrang haben sollte, wie im Fall von Maria, wenn Menschen einem tiefen moralischen Konflikt ausgesetzt sind. Dies gilt auch vor dem Hintergrund der Methode des Abwägens, die, wie wir oben gesehen haben, zwar hilfreich, aber dennoch nicht hinreichend ist.⁵ Auf den ersten Blick scheint dieser (Standard-)Einwand eine gewisse Plausibilität zu haben, wenn man die unterschiedlichen Spezifizierungen nur betrachtet, ohne in einem zweiten Schritt zu versuchen, sie miteinander zu vereinbaren. Auf den zweiten Blick erkennt man jedoch, dass die *common morality* selbst ein Prinzip ist, durch das sich die Spezifizierungen zumindest bis zu einem gewissen Grad ordnen lassen. Der nächste Abschnitt untersucht diese vielversprechende Art der prinzipiengeleiteten Argumentation.

5 Man könnte den Eindruck gewinnen, dass es noch immer keine wirklich ausreichende Lösung für den vorliegenden Fall gibt; dies ist jedoch etwas irreführend. Man muss in dieser Frage nämlich zwei Ebenen unterscheiden: die praktische Ebene und die theoretische Ebene. Praktisch gesehen scheinen die vorliegenden Ergebnisse ausreichend, um das Problem zu lösen; es fehlt jedoch noch an einem theoretisch verbindlichen Rahmen. Das heißt, die theoretische Ebene sollte genauer untersucht werden, um zu sehen, wie sie die praktische Ebene durch mehr methodische Gewissheit bereichern kann.

4 *Common morality* als organisierendes Prinzip

Zunächst möchten wir eine Klarstellung in Bezug auf ethische Theorien vornehmen, die ein einziges Ordnungs- oder Leitprinzip anwenden – wie etwa der klassische Kantianismus (der kategorische Imperativ) oder der Utilitarismus (das größte Glück der größten Zahl). Die Verfechter*innen dieser klassischen Theorien argumentieren in der Regel, dass ihre Theorien anderen Theorien überlegen sind, die nicht ein einziges organisierendes Prinzip, sondern mehrere unabhängige Prinzipien haben. Dies ist ihrer Ansicht nach deshalb so, weil die anderen Theorien einfach nicht in der Lage sind, moralische Probleme auf klare und verständliche Weise zu lösen (z. B. Prinzipialismus). Dies kann als der Standardeinwand gelten. Es bleibt jedoch unklar, ob dies wirklich der Fall ist; Kantianismus und Utilitarismus haben in der Regel größere Probleme, wenn sie auf komplexe Fälle in der angewandten Ethik angewandt werden, da es ihnen an Sensibilität für Einzelfälle mangelt. Diese ethischen Theorien folgen dem deduktiven Begründungsmodell (Theorie-Prinzip-Regeln-Urteil), das im Bereich der angewandten Ethik, insbesondere der Bioethik, weniger geeignet zu sein scheint.

Selbst einer der vehementesten Gegner des Prinzipialismus, Bernard Gert, erkennt in seinem Werk *Common morality. Deciding what to do* an:

Die Behauptung, dass die Moral allein auf der menschlichen Natur beruht, bedeutet jedoch nicht, dass die *common morality* die einzig richtige Antwort auf jede moralische Frage gibt. Es ist unmöglich, eine Beschreibung der Moral zu geben, die alle moralischen Meinungsverschiedenheiten auflöst und von allen vernünftigen Menschen akzeptiert wird. Die *common morality* ist ein Rahmen oder ein System, das Einzelnen bei der Entscheidung helfen kann, was zu tun ist, wenn sie mit einem moralischen Problem konfrontiert sind, aber innerhalb von Grenzen erlaubt sie unterschiedliche Antworten auf die meisten kontroversen Fragen. (Gert, 2007, S. 4)

Seine Überlegungen sind sicher richtig, aber das Interessanteste an seiner Kritik am Prinzipialismus ist, dass er für seine eigene Theorie plausible abweichende Antworten auf strittige Fragen zu akzeptieren scheint, Beauchamp und Childress aber das gleiche Recht abspricht. Im Folgenden möchten wir jedoch zeigen, wie die *common morality* als ein organisierendes oder leitendes Prinzip aufgefasst werden kann.

Die *common morality* betrifft nicht nur bestimmte Partikularmoralen, indem sie deren Ausgangspunkt und begrenzender Rahmen ist, sondern gilt auch für konkrete Situationen – solche, in denen man beispielsweise weiß, dass man nicht lügen, nicht stehlen, Versprechen einhalten, die Rechte anderer respektieren sowie keine Unschuldigen töten oder ihnen Schaden zufügen darf (Beauchamp & Childress, 2009). Dies ist wichtig, weil die *common morality* dann als Leitprinzip in Situationen fungieren kann, in denen verschiedene Prinzipien und Regeln

miteinander in Konflikt geraten können. Natürlich sind wir nicht der Meinung, dass die *common morality* die einzig richtige Antwort geben kann,⁶ aber sie kann als einschränkender Rahmen betrachtet werden, der erstens ethische von unethischen Antworten unterscheidet und zweitens angibt, welche ethische Antwort im Hinblick auf das Ideal der *common morality* angemessener erscheint – ohne damit zu behaupten, dass dies die einzig richtige Antwort ist. Wenn jedoch die regulative Idee der *common morality* als das vorgeschlagene Meta-Prinzip des Prinzipalismus angesehen werden kann, dann sollten wir in der Lage sein, dieses Meta-Prinzip auf den vorliegenden Fall anzuwenden, um eine gut begründete Lösung für den moralischen Konflikt zu finden.

Welches sind dann die besonderen Gewichtungsüberlegungen, die aus der *common morality* abgeleitet werden können, um den jeweiligen Konflikt zu lösen? Eine angemessene Antwort auf diese wichtige Frage betrifft den Begriff der *common morality* selbst und die Art und Weise, wie die *common morality* gerechtfertigt wird. In den letzten Jahren haben Beauchamp und Childress drei Hauptwege zur Bestimmung der *common morality* vorgeschlagen: (i) durch Appellieren an Personen, die es ernst mit der Moral meinen (Beauchamp & Childress, 2001, Anm. 4), (ii) durch Appellieren an Personen, die sich den Zielen der Moral verpflichtet fühlen (Beauchamp, 2003, S. 259–274), oder (iii) durch Appellieren an Personen, die sich der Moral verpflichtet fühlen (Beauchamp & Childress, 2009, S. 3).

Beim ersten Ansatz wird die *common morality* als ein Set von Normen definiert, das von allen moralisch ernsthaften Personen geteilt wird. Beim zweiten Ansatz wird die *common morality* als ein Set von Normen definiert, das von allen Personen geteilt wird, die sich den Zielen der Moral verpflichtet fühlen, d. h. »das menschliche Gedeihen zu fördern, indem Bedingungen entgegengewirkt werden, welche die Lebensqualität der Menschen verschlechtern« (Beauchamp 2003, S. 260). Beim dritten Ansatz beruht der Begriff der *common morality* weder auf moralisch ernsthaften Personen noch auf den Zielen der Moral, sondern auf der Idee, dass die *common morality* – als ein Set von Normen, das von allen Personen geteilt wird, die der Moral verpflichtet sind – für alle Menschen an allen Orten gilt und jedes menschliche Verhalten beurteilt.

Wir glauben, dass der erste Ansatz (Personen, die es ernst mit der Moral meinen) der Beste ist, um die *common morality* auf bestimmte Fälle anzuwenden.

6 Die Ansicht, dass es nur »eine« beste Lösung für ein moralisches Problem gibt, wurde von verschiedenen bekannten Philosoph*innen vertreten, wie Aristoteles (Tugendethik), Kant (Deontologie) und Bentham (Utilitarismus). Andere Philosoph*innen hingegen, z. B. Beauchamp und Childress (Prinzipalismus) oder Gert (Common Morality Approach), glauben stattdessen, dass es verschiedene und gleich gute Lösungen für moralische Probleme geben kann. Ein »moralisches Problem zu lösen« bedeutet also, eine gut begründete Lösung für einen bestimmten moralischen Konflikt zu finden, ohne notwendigerweise zu behaupten, dass dies die einzige akzeptable Lösung ist.

Obwohl es sich bei wohlerwogenen Urteilen um moralische Überzeugungen von höchstem Vertrauensgrad und geringster Verzerrung handelt, behauptet Rawls (1971), dass wohlerwogene Urteile »vorläufig als Fixpunkte« akzeptiert werden sollten, dass sie aber »revisionsfähig« sind. Für Beauchamp und Childress besteht das Ziel des Überlegungsgleichgewicht darin, wohlerwogene Urteile abzugleichen, zu reduzieren und anzupassen, um sie mit den Prämissen der allgemeinsten moralischen Verpflichtungen in Bezug auf menschliches Verhalten in Einklang zu bringen. Darüber hinaus bieten die leistungsfähigen Methoden der Spezifizierung und des Abwägens weitere »Gewichtungsüberlegungen«, um den moralischen Konflikt zu lösen, wie wir in unserer detaillierten Analyse der Anwendung des Prinzipalismus im vorliegenden Fall von Maria ausführlich dargelegt haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Berufung auf die *common morality* die folgende Argumentation nahelegt: Moralisch ernsthafte Personen stimmen darin überein, dass die Wünsche einwilligungsfähiger Erwachsener in Bezug auf medizinische Behandlungen respektiert werden sollten – es sei denn, sie sind nicht in ihrem besten Interesse. Maria leidet an einer schweren Erkrankung und wird bald sterben, daher sollte es ihr erlaubt werden, durch Entzug von Nahrung und Flüssigkeit zu sterben. Den Sterbeprozess zu verlängern, indem man gegen ihren ausdrücklichen Wunsch handelt, scheint nicht in ihrem besten Interesse zu sein. In Anbetracht der vielen Einzelheiten dieses Falles scheint ihr Wunsch, sterben zu dürfen, vernünftig und im Einklang mit der *common morality* zu sein. Anders zu handeln, d. h. die medizinische Behandlung fortzusetzen, wäre nicht gerechtfertigt und würde ihre ursprüngliche autonome Entscheidung untergraben.

Bewertung 3: Bewirkt das Organisationsprinzip etwas Gutes?

Wendet man das Meta-Prinzip der *common morality* in der oben genannten Weise als einschränkenden Rahmen an, so ergibt sich, dass Marias Wunsch respektiert werden sollte und dass ihr eine hochwertige palliative Versorgung und persönliche Betreuung geboten werden muss. Ein anderes Vorgehen würde Maria schaden und sie ihrer ursprünglichen autonomen Entscheidung über die Art und Weise berauben, wie ihr Leben enden soll. Marias Überlegungen sollten respektiert werden, auch wenn der behandelnde Arzt ernsthafte Zweifel hat; und wenn er nicht bereit ist, ihren Wünschen zu entsprechen, sollte er den Fall an andere Kolleg*innen übertragen. Letzterer Punkt ist von großer Bedeutung, denn Maria nicht die Möglichkeit zu geben, andere Ärzt*innen aufzusuchen, würde ihre Autonomie und ihr Selbstbestimmungsrecht erheblich untergraben. Dies würde Maria zusätzlich zu ihrer derzeitigen Situation schaden.

Ältere Menschen, die an einer schweren Krankheit leiden und bald sterben werden, sind keine lebenden Marionetten im medizinischen Theater der Entscheidungen am Lebensende; ihre Wünsche sollten – als eine Form des letzten Respekts ihnen gegenüber – respektiert werden. Das menschliche Wohlergehen kann falschen paternalistischen und eigensinnigen Überlegungen zum Opfer fallen, wenn wir nicht im besten Interesse der Patient*innen handeln. Entscheidungen am Lebensende sollten im gegenseitigen Einvernehmen getroffen werden, d. h. beide Parteien – Patient*innen und Ärzt*innen – sollten gemeinsam handeln. In komplexen Fällen ist dies jedoch nicht immer der Fall, und die wichtige Frage ist, was dann zu tun ist. Auch wenn Ärzt*innen aufgrund ihres ärztlichen Berufsverständnisses keine Gehilf*innen sind, die alle Wünsche der Patient*innen fraglos erfüllen, so haben sie doch die Pflicht, ihnen nicht durch ein Agieren gegen ihren Willen das Gefühl von Hilflosigkeit und Einsamkeit zu vermitteln. Es scheint, dass Ärzt*innen je nach Fall, vor allem aber in aussichtslosen Fällen am Lebensende, einfach akzeptieren sollten, dass ihre Patient*innen das tun dürfen, was sie wünschen.

5 Fazit

Wir haben gesehen, dass die Anwendung der Methode des Prinzipalismus keine leichte Aufgabe ist. Unsere Analyse hat gezeigt, dass der Prinzipalismus – richtig verstanden – keine bloße »Checklisten«-Methode ist.

Die Anwendung des Prinzipalismus ist ein herausforderndes Unterfangen zur Lösung moralischer Konflikte in der biomedizinischen Ethik; sie folgt bestimmten Verfahren, um die bestmögliche Lösung zu erreichen. Die Analyse hat jedoch gezeigt, dass das wichtigste Merkmal neben den Methoden der Spezifizierung und des Abwägens das leitende Meta-Prinzip der *common morality* ist, das als regulative Idee zur Lösung von Konflikten zwischen rivalisierenden Prinzipien fungiert. Der Vier-Prinzipien-Ansatz ist – richtig angewandt – ein mächtiges Instrument für die bioethische Entscheidungsfindung.

Danksagung

Wir sind zwei anonymen Gutachter*innen für ihre hilfreichen Kommentare sehr dankbar. Diese Arbeit wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert (DFG, RA 1372/1).

Literaturverzeichnis

- Beauchamp, T. L. (2003). A Defense of the Common Morality. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13(3), 259–274. <https://doi.org/10.1353/ken.2003.0019>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5. Aufl.). Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6. Aufl.). Oxford University Press.
- Gert, B. (2007). *Common morality. Deciding what to do*. Oxford University Press.
- Parker, M., & Dickenson, D. (2005). *The Cambridge medical ethics workbook: Case studies, commentaries and activities*. Cambridge University Press.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjf9z6v>

Wie man mit Gegenbeispielen für die Theorie der *common morality* umgeht: Ein überraschendes Ergebnis

Einer der zentralen Pfeiler des prinzipiistischen Ansatzes in der biomedizinischen Ethik, neben der Akzeptanz einer irreduziblen Pluralität von *prima facie*-Prinzipien, ist eine Doktrin, die man als These der globalen Anwendbarkeit bezeichnen kann. Diese These besagt, dass die vier Prinzipien von Tom Beauchamp und James Childress – Achtung der Autonomie, Benefizienz, Nichtschaden und Gerechtigkeit – nicht nur lokal, sondern auch global anwendbar sind. Das heißt, sie sind für die Arten von ethischen Fragen, die sich in der Biomedizin stellen, universell relevant. Sie sind für das Verständnis und die Lösung bioethischer Probleme in Bangkok genauso wichtig wie in Boston, in Phnom Penh genauso relevant wie in Paris.

Die These der globalen Anwendbarkeit stützt sich wesentlich auf die Behauptung, dass die vier Prinzipien einen Teil der *common morality* bilden, verstanden als ein System allgemeiner Normen, das alle moralisch verpflichteten Personen überall akzeptieren. Sicherlich werden die Normen der *common morality* in verschiedenen Kulturen unterschiedlich spezifiziert sein. Ihre Akzeptanz mag in Kultur A in einem Set von Regeln und Urteilen zum Ausdruck kommen oder darin kodiert sein, in Kultur B dagegen in einem ganz anderen Set von Regeln und Urteilen. Aber dennoch, so der Gedanke, sind sie in den spezifischeren Normen enthalten, denen alle moralisch Verpflichteten zustimmen. Diese spezifizierten Normen sind nicht Teil der *common morality*: Nur die allgemeinen, nicht spezifizierten Normen, die sie ausdrücken, genießen diesen privilegierten Status.

Im Folgenden werde ich zunächst eine Reihe von Strategien untersuchen, welche Prinzipalist*innen anwenden könnten, wenn sie mit möglichen Gegenbeispielen für die These der globalen Anwendbarkeit konfrontiert werden. Nur eine dieser Strategien, so werde ich weiter argumentieren, kann angewendet werden, ohne die Theorie der *common morality* zu untergraben. Dies zu begründen

* Nachdruck und Übersetzung im Rahmen einer Creative Commons CC BY Lizenz von: Herissone-Kelly, P. (2022). How to Deal with Counter-Examples to Common Morality Theory: A Surprising Result. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 31(2), 185–191. <https://doi.org/10.1017/S096318012100058X>