

Gerechtigkeit und Solidarität:
Perspektiven für Bioethik und Biopolitik
(Symposium 17.11.2022)
*Ulrich H.J. Körtner / Stefan Dinges /
Elise-Edith Tebel (Hg.)*

Österreichische Kommentare
zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik
(IERM Working Paper Nr. 18)
März 2025



Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr.18) März 2025

herausgegeben vom

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

in Kooperation mit den Professuren für

Health Care Ethics und Medizinrecht am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien

© bei dem Autor/der Autorin

ISSN: 2960-5946 (Online)

Redaktion: ierm@univie.ac.at

Homepage: [http:// ierm.univie.ac.at/ierm-working-papers/](http://ierm.univie.ac.at/ierm-working-papers/)

Die Österreichischen Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik – IERM Working Papers – sind eine Diskussionsplattform, auf der virulente Themen aus dem Bereich der Medizin-, Pflege- und Bioethik wie auch aus dem Bereich des Medizinrechts publiziert werden. Die IERM-Working-Papers sind Werkstattberichte bzw. Diskussionsanregungen zu gesellschaftlichen, rechtlichen, normativen und ethischen Fragestellungen aus Philosophie und Ethik, Theologie und Medizin sowie aus den Sozial- und Kulturwissenschaften. Ein aktueller Schwerpunkt sind interdisziplinäre Reflexionen bzw. Lösungs- oder Handlungsansätze im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.

*Die Reihe wird von Mitgliedern des IERM gemeinsam mit Kolleg*innen aus dem Feld der Bioethik in Österreich redaktionell betreut und herausgegeben.*

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien
Spitalgasse 2-4, 1090 Wien

Zitationsvorschlag: Körtner, Ulich H.J/ Tebel, Elise-Edith (2025): Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik (Symposium). Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 18, Wien.

Inhaltsverzeichnis

Eröffnungsrede des Symposiums „Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik“	4
Solidarität und Recht im digitalisierten Gesundheitswesen – Perspektiven konkreter Ethik	9
Perspektive auf Gesundheitsberufe im Kontext von Pandemie und Biopolitik	11
Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik	19
Bioethik – Würdeschutz für Menschen in vulnerablen Situationen.....	24
Wie funktionieren Ethikräte? Zum Selbstverständnis nationaler Ethikgremien. Eine Reflexion in vier Kapiteln	31

Eröffnungsrede des Symposiums „Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik“ am 17.11.2022

Ulrich H.J. Körtner

Meine Damen und Herren!

Als Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin begrüße ich Sie alle herzlich zur heurigen Jahrestagung des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, die schon eine lange Tradition hat. Das heutige Thema lautet „Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik“.

Die Covid-19-Pandemie, die Diskussion um Impfen und Impfpflichten wie auch die Rahmenbedingungen für das neue Gesetz zu Assistiertem Suizid haben auch das Institut für Ethik und Recht (IERM) an der Schnittstelle zwischen Politik und Ethik intensiv beschäftigt. Freiheit und Fürsorge, Gerechtigkeit und Solidarität waren und sind kontrovers diskutierte Leitbegriffe der öffentlichen Debatte. Die beiden letztgenannten Begriffe stehen auch im Mittelpunkt des diesjährigen IERM-Symposiums. Es soll nicht nur der Selbstreflexion dienen, sondern möchte auch den Blick im Themenfeld mit Kollegen und Kolleginnen aus Wissenschaft und Praxis im deutschsprachigen Raum weiten und in die Zukunft richten.

Es ist mir eine besondere Freude und Ehre, das Prof. Dr. Peter Dabrock, international renommierter Medizinethiker und Theologe an der Universität Erlangen-Nürnberg und langjähriger Vorsitzender des Deutschen Ethik Rates den Hauptvortrag zum Thema „Solidarität und Recht im digitalisierten Gesundheitswesen – Perspektiven konkreter Ethik“ halten wird.

Für die heutige Veranstaltung gibt es, wie Sie der Einladung entnehmen konnten, einen besonderen Anlass. Nach 21 Jahren gebe ich die Leitung in jüngere Hände. Mit Jahreswechsel wird Univ.-Prof. Dr. Karl Stöger, Professor an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät und bisher einer meiner Stellvertreter neben Frau Dr. Maria Kletečka-Pulker, unserer Geschäftsführerin, und Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller, Professorin für Theologische Ethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät, die Leitung des Instituts übernehmen, das im Jänner sein dreißigjähriges Bestehen feiern kann. Gestatten Sie mir aus diesem Anlass einige Worte zu Geschichte und Aufgaben des Instituts wie auch in eigener Sache.

Das Wiener Institut für Ethik und Recht in der Medizin wurde 1993 gegründet. Mit Schreiben des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung vom 27. Jänner 1993 wurde es gemäß § 83 UOG 1975 als besondere Universitätseinrichtung an der Universität Wien errichtet, zu-

nächst für die Dauer von fünf Jahren. Der zuständige Wissenschaftsminister und zugleich Vizekanzler war damals Dr. Ehrhard Busek. Den Antrag auf Errichtung des Instituts hatte der Senat der Universität Wien am 23. Oktober 1992 gestellt.

Mit der Leitung des Instituts, das zunächst den Namen „Institut für Ethik in der Medizin“ (IEM) trug, wurde Günter Virt (geb. 1940) beauftragt, der von 1986 bis zu seiner Emeritierung als Ordentlicher Universitätsprofessor für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien wirkte. Er war die eigentliche Gründerpersönlichkeit, die in den vorangegangenen Jahren das Projekt mit unermüdlichem Einsatz und großer Ausdauer vorangetrieben und gegen manche anfänglichen Bedenken und Widerstände schlussendlich erfolgreich durchgesetzt hatte.

Im Frühjahr 1993 nahm das Institut seine Arbeit in den Räumen in der Wasagasse 12/2 im 9. Wiener Bezirk mit denkbar kleinem Mitarbeiterstab auf. Er bestand zunächst nur aus dem ehemaligen katholischen Hochschulseelsorger und Mittelschulprofessor Franz Haslinger (geb. 1940) als wissenschaftlicher Mitarbeiter und der Sekretärin Christine Röttig (1939–2019). Stellvertretende Institutsvorstände waren der Philosoph Univ.-Prof. Dr. Günther Pöltner (geb. 1942) sowie der Mediziner Univ.-Prof. Dr. Herbert Lochs (1946–2015), der 1994 an die Berliner Charité wechselte und anschließend bis 2013 die Leitung der Medizinischen Universität Innsbruck innehatte. Seine Funktion als zweiter stellvertretender Institutsvorstand übernahm nach seinem Ausscheiden der Anästhesist und Intensivmediziner Univ.-Prof. Dr. Franz X. Lackner. Eine tragende Rolle in der Institutsarbeit spielte der noch im selben Jahr eingerichtete Beirat, in dem alle der damals acht Fakultäten der Universität Wien vertreten waren. Die Hälfte seiner Mitglieder wurde von der Medizinischen Fakultät entsandt. Er tagte zum ersten Mal am 27. April 1993.

Im April 1997 beschloss der Akademische Senat der Universität Wien, das Institut auf unbestimmte Zeit verlängern zu lassen. 1999 erfolgte die Übersiedlung des Instituts an seinen heutigen Standort auf dem neuen Universitätscampus, der 1998 auf dem Gelände und in den Gebäuden des Alten Allgemeinen Krankenhauses errichtet worden war.

Im Zuge der Universitätsreform 2002 wurde die Medizinische Fakultät zur Medizinischen Universität Wien umgewandelt. Auch sonst kam es zu organisatorischen Veränderungen. Seit 2004 wird das IERM als interdisziplinäre Forschungsplattform der Katholisch-Theologischen Fakultät, der Evangelisch-Theologischen Fakultät und der Rechtswissenschaftlichen Fakultät geführt, an der die Medizinische Universität Wien über einen Kooperationsvertrag beteiligt ist. Diese stellt auch einen Teil des Personals und die Hälfte des jährlichen Budgets. Aber auch die

Pflegewissenschaft, Philosophie, sowie Sozial- und Kulturwissenschaft sind am interdisziplinären Gespräch beteiligt. Seit Beginn der 2000er-Jahre konnte der wissenschaftliche Personalbestand deutlich ausgebaut werden. Die Arbeit des IERM begleitet ein Wissenschaftlicher Beirat, der paritätisch von beiden Universitäten besetzt wird.

Nachdem Günter Virt in die European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE) der EU in Brüssel berufen worden war und sich ganz auf diese neue Aufgabe konzentrieren wollte, gab er 2001 die Institutsleitung an mich ab. Zum Leitungsteam gehörten der Jurist Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki bis zu seiner Emeritierung 2020, Sigrid Müller und schließlich auch Maria-Kletečka Pulker.

2007 wurde die Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin gegründet, die von Christian Kopetzki, Karl Stöger und mir in Verbindung mit dem IERM herausgegeben wird. Sie erschien anfangs im Springer Verlag und heute im Verlag Österreich. Als jüngste Publikationen darf ich Ihnen folgende Bände vorstellen: Dinges/Körtner/Riedel (Hg.), Pflege- und Gesundheitsethik (Bd. 15, 2022); Kopetzki/Körtner (Hg.): Leichenöffnung für wissenschaftliche Zwecke (Bd. 14, 2021). Vorstellen möchte ich aber auch als jüngstes Beispiel unserer Arbeit auf aktuellen Themenfeldern: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen, Springer: Berlin 2022. Last but not least: Körtner, Grundkurs Pflegeethik, 4. Auflage, Facultas: Wien 2022.

Grundsätzlich verfolgt das IERM einen systemischen Ansatz, der Medizin und Pflege als gesellschaftliche Systeme versteht. Neben klassischen Fragen der Medizinethik und des Medizinrechts – etwa am Lebensanfang rund um Schwangerschaft, Reproduktionsmedizin und Geburt oder Entscheidungsfindungen am Lebensende sowie Hirntod und Organtransplantation – sind verstärkt Fragen einer Ethik des Gesundheitswesens und der Organisationsethik sowie der Pflegeethik und des Pflegerechtes hinzugekommen.

Das Institut ist seit seinen Anfängen nicht nur in Forschung und Lehre, sondern auch in der Politikberatung tätig. Das erklärt auch den programmatischen Titel der heutigen Veranstaltung. Mehrere Angehörige des Instituts wie auch seines Wissenschaftlichen Beirats waren oder sind Mitglieder der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Ich selbst und Christian Kopetzki waren dies von 2001 für immerhin 12 Jahre.

2010 wurde am IERM das Zentrum für Patientensicherheit und Ethikberatung etabliert. Damit wurde einem konkreten, praxisrelevanten und interprofessionellen Weiterbildungs- und Beratungsbedarf Rechnung getragen. Maria Kletečka-Pulker war maßgeblich am Aufbau der seit

2008 bestehenden Österreichischen Plattform Patientensicherheit beteiligt und ist zugleich deren Geschäftsführerin. Auch sonst ist das IERM auf vielfältige Weise vernetzt.

Medizin und Medizinethik stehen am Beginn des 21. Jahrhunderts vor neuen Herausforderungen. Man kann sich auf die wissenschaftlichen Durchbrüche konzentrieren, zu denen das Genome Editing mit Hilfe sogenannter Genschere, personalisierte Medizin, die Digitalisierung der Medizin, Künstliche Intelligenz und Big Data gehören. Zu erwähnen sind weiters ethische Probleme und Dilemmata der Allokation im Gesundheitswesen. Im globalen Maßstab zählen zu den ethischen Herausforderungen aber auch die demographische Entwicklung der Gattung Homo sapiens auf unserem Planeten und die dabei bestehenden regionalen Unterschiede, die Folgen der weltweit steigenden Lebenserwartung, Fragen der globalen Gerechtigkeit beim Zugang zu medizinischen Ressourcen und zur gerechten Verteilung von Nutzen und Risiken in der medizinischen Forschung. Last but not least sind auch die Folgen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit und für die Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen im globalen Maßstab zu bedenken.

Gestatten Sie mir noch eine grundsätzliche Überlegung. Der medizinische Fortschritt schafft nicht nur neue und bessere Lösungen in Diagnostik, Therapie und Prävention. Er wirft auch neue ethische Fragen auf, die es zuvor nicht gab. Intensivmedizin, Reproduktionsmedizin und medizinische Genetik haben den Spielraum ärztlichen Handelns enorm erweitert, produzieren aber zugleich neue Dilemmata, mit denen die Betroffenen moralisch und psychisch fertig werden müssen.

Medizinethik hat die Aufgabe, derartige Paradoxe und Dilemmata zu benennen und Verfahren der ethischen Entscheidungsfindung zu entwickeln, die uns helfen, mit solchen Dilemmata halbwegs zurechtzukommen. Die Ethik kann derartige Dilemmata nicht aus der Welt schaffen oder grundsätzlich verhindern. Sie hilft uns im besten Fall, mit ihnen zu leben. Dazu soll und wird auch das IERM in Zukunft seinen Beitrag leisten.

Es war mir eine Ehre, dieses Institut 21 Jahre lang leiten zu dürfen. Ich habe im interdisziplinären Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unendlich viel gelernt. Wenn ich heute als einer der Experten auf dem Gebiet der Medizinethik gelte, so habe ich das ganz entscheidend dem IERM zu verdanken. Als ich vor 30 Jahren nach Wien auf den reformierten Lehrstuhl für Systematische Theologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät berufen wurde, gab die Einladung, am gerade in Gründung befindlichen IERM mitzuarbeiten, den entscheidenden Anstoß, mich auf dem Gebiet der Medizin einzuarbeiten. Es war gewissermaßen ein Sprung ins kalte Wasser, auch wenn ich schon vorher einige persönliche Bezüge zu diesem Arbeitsfeld hatte. Eine nicht unwichtige Rolle spielte dabei mein familiärer

Hintergrund. Mein Vater, ein evangelischer Pfarrer, hat über viele Jahre als Vorsitzender des Trägervereins das Evangelische Krankenhaus in meinem Heimatort geleitet. Meine Interessen und mein Engagement auf den Gebieten der Medizin- und Pflegeethik sowie der Diakoniewissenschaft, ist aber auch ohne den Einfluss meiner Frau und das beständige Gespräch mit ihr, die in Wien viele Jahre in der Pflege von Patienten mit Multipler Sklerose sowie der Pflege- und Sozialberatung tätig war, nicht zu verstehen.

Gestatten Sie mir zum Abschluss noch einige Wortes des Dankes. Danken möchte ich allen Kollegen, Kolleginnen, Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Weggefährten, mit denen ich in den 21 Jahren zusammenarbeiten durfte. Besonders nenne ich Günter Virt, Christian Kopetzki, Maria-Kletečka-Pulker und Sigrid Müller. Danken möchte ich aber auch den Fakultäten und Universitäten, die das IERM tragen und mir über zwei Jahrzehnte ihr Vertrauen geschenkt haben. Ich danke meiner Frau für ihre Unterstützung und das große Verständnis, das sie für mich aufgebracht hat, bedeutete die Institutsleitung doch neben meinem Lehrstuhl auch eine zusätzliche Belastung. Herzlich danken möchte ich schließlich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am IERM, die die heutige Veranstaltung ausgerichtet haben, allen voran Dr. Stefan Dinges, Dr. Maria Kletečka-Pulker und Mag. Sabine Parrag.

Mein letztes Wort möchte ich an meinen Nachfolger in der Institutsleitung, Karl Stöger richten. Ich danke ihm für seine Bereitschaft, diese Aufgabe zu übernehmen, für die er bestens prädestiniert ist. Er ist auch bereits der breiteren Öffentlichkeit als ausgewiesener juristischer Experte bekannt, etwa wenn es um rechtliche Fragen rund um die Corona-Pandemie geht. Ich könnte mir keinen besseren Nachfolger wünschen! Dir und dem Institut, dem ich noch bis 2025 als einer der stellvertretenden Institutsleiter erhalten bleibe, wünsche ich alles Gute für die Zukunft.

Solidarität und Recht im digitalisierten Gesundheitswesen – Perspektiven konkreter Ethik

Peter Dabrock

Die Keynote Lecture von Peter Dabrock ist bereits im Peter Lang-Verlag erschienen – und dort noch etwas breiter ausgeführt; hier ein Auszug aus der Einleitung, ein Überblick über die folgenden Themen und der Literaturverweis:

„Solidarität erfasst Einstellungen und Handlungen, durch die sich die Bereitschaft manifestiert, (materielle wie bspw. finanzielle oder immaterielle wie bspw. emotionale) Kosten zu tragen, um andere zu unterstützen (sei es materiell, sei es immateriell, sei es kompensativ, sei es befähigend), bei denen wir Ähnlichkeit in relevanter Hinsicht (an)erkennen (Prainsack & Buyx 2017, 52). Diese von Prainsack und Buyx in mehreren Arbeiten eingeführte und hier nur leicht modifizierte Definition ist – insbesondere wenn man die schon erläuternden Klammerzusätze weglässt – schlank genug, um die zu bedenkenden, im Folgenden kurz erwähnten Verästelungen im Gebrauch des Solidaritätsbegriffs dennoch unter einem gemeinsamen Begriff zu bündeln, der in der zu beachtenden Vielfalt semantisch und funktionell etwas gehaltvoll Gemeinsames festhält. Eine kleine, aber wesentliche Veränderung an dem Definitionsvorschlag von Prainsack und Buyx habe ich, inspiriert durch Matthias Braun (Braun 2017), eingeführt. In seiner wegweisenden Studie zum Zusammenhang von Vulnerabilität und Anerkennung macht Braun nämlich auch auf das wechselseitige Bedingungsverhältnis von Perzeption und Anerkennung im starken normativen Sinne, wie es im Anschluss an Hegel vor allem durch Honneth (Honneth 1992) entwickelt worden ist, aufmerksam. Eine solche Konstitutionsdialektik sehe ich – wie die folgenden Ausführungen zeigen mögen – ebenfalls in Solidaritätszusprechungen am Werke. Auch hier gibt es bei den je unterschiedlichen Spielarten von Solidarität ein Zusammenspiel von Wahrnehmung und evaluativ, emotional und normativ ausbuchstabierbarer wechselseitiger Anerkennung.“

Das Kapitelverzeichnis:

I Solidarität

- Begriffsbestimmung von Solidarität
- Ambiguitäts Herausforderungen des Solidarkonzeptes
- Solidarität als Gabe-Geschehen

II Solidarität und Recht

- Arbeitsdefinition von Recht, das nie ohne Vorstellung des Guten auskommt
- Die schwache Funktion des Solidaritätsbegriffs im Recht
- Solidaritätsspuren im Recht – neu entdeckbar

III Solidarität und Recht im Gesundheitswesen Biomarker-basierter und KI/Big-Data getriebener Medizin

- Neue Erwartungen und Zwischenstatus als Herausforderung für die Gesundheit der Gesellschaft
- Das Revival der Idee der solidarischen Krankenversicherung
- Datenspende als Ausdruck von Solidarität auf der Grundlage von Datensouveränität und health literacy

Peter Dabrock, Solidarität und Recht im digitalisierten Gesundheitswesen – Perspektiven konkreter Ethik, in: Claudia Maria Hofmann, Indra Spieker genannt Döhmann (Hrsg.) Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt). Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht 25, Peter Lang: Berlin 2022

Perspektive auf Gesundheitsberufe im Kontext von Pandemie und Biopolitik

Sabine Pleschberger

Die hohe gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsberufe, und ich meine an dieser Stelle die sogenannten „nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe“, wurde im Kontext der COVID-19 Pandemie schlagartig erkennbar. Dennoch waren sie in der öffentlichen Aufmerksamkeit eher relativ abstrakte Rädchen in dem Getriebe namens Gesundheitssystem geblieben, erst sukzessive wurden die Nöte sichtbar, oder gelang es einzelnen Interessensvertretungen mit punktuellen Anliegen durchzudringen.¹ In den Entscheidungs- sowie in den Beratungsgremien waren sie kaum vertreten oder eingebunden. Dies ist neben der Problematik, dass der Oberste Sanitätsrat zum Zeitpunkt des Auftretens nicht einberufen war,² wohl auch der Grundproblematik des österreichischen – ebenso wie des deutschen – Gesundheitssystems geschuldet, das nach wie vor als vergleichsweise „hierarchisch“ und „arztzentriert“ gilt. Manche Aspekte sind jedoch auch spezifisch mit der Pflege als Beruf verbunden, und ich will in meinem Beitrag einen Fokus darauf werfen.

1. Herausforderungen der COVID-19 Pandemie für die Pflege

Die Sicht der beruflich Pflegenden in der ersten Zeit der Pandemie wurde mit einer Studie an der Hochschule Hamburg eingefangen, und sie zeigt auf, wie drastisch die Auswirkungen auf die Berufsangehörigen zu dieser Zeit waren:³

„Man fühlt sich allein gelassen und verarscht. Als wenn man ein Mensch zweiter Klasse ist. Der nicht so lange zu Hause bleiben muss, wenn er krank ist, der Schutzkleidung mehrfach verwenden soll, auch wenn es gegen die Herstellerrichtlinien spricht. (S. 34) Das RKI und deren Empfehlungen sind eine Schande. Wir, als die Helden gegen den Virus, werden behandelt wie Kanonenfutter. Wir werden quasi geopfert. Da hilft auch kein ‚Danke‘ oder Klatschen.“⁴

„Neben dem zeitlichen Druck waren wir psychisch am Limit, da jeder zuhause Alte oder Kranke hat, die es zu schützen gilt. Man ist sich nicht sicher, ob die Maßnahmen ausreichen bzw. ob man dem Stress und der Hektik die man aus Bildern von Italien und

¹ So war die Präsidentin des Berufsverbands der Physiotherapeutinnen, Constance Schlegel, bereits am 18.3.2020 im Ö1 Mittagsjournal zu hören, um dort auf die Problematik freiberuflicher Physiotherapeut*innen und den fehlenden Regelungen zur Ausfallhaftungen, hinzuweisen.

² Nach Ablauf der Wirkungsperiode wurde der OS erst am 30. Jänner 2023 neu konstituiert wieder einberufen.

³ Begerow/ Gaidys, COVID-19 Pflege Studie, 33-36.

⁴ Ebd. 34.

*Spanien her gekannt, gewachsen ist. Manche machten ihr Testament und haben auf der Arbeit geweint. Im Team versucht man sich Mut zu machen.*⁵

In diesen Aussagen wird erkennbar: Hier sprechen nicht nur Held*innen die mit unermüdlichen Kräften im Einsatz sind, sondern Menschen, die in einer massiven Mangelsituation vor unerfüllbare Anforderungen gestellt wurden. Doch dürfe die Basis nicht alleine gelassen werden, vielmehr habe sie ein Recht auf Rechtssicherheit für sich selber sowie für diejenigen, die ihnen anvertraut sind, fordert Constanze Giese, Professorin für Pflegeethik in diesem Zusammenhang.⁶

Wie ist es nun um Rechtssicherheit in diesem Kontext bestellt? Eine Verpflichtung zum Einsatz in Zeiten einer Pandemie der mit erheblichen Gefahren für Leib und Leben verbunden ist, lässt sich nicht direkt mit Berufsrechten oder -gesetzen argumentieren. Dies haben Annabel Seeböhm und Otmar Kloiber in einem Beitrag zu Pflichten und Rechten der Gesundheitsberufe herausgearbeitet. Und auch aus diversen Berufskodizes lässt sich eine grundsätzliche Selbstverpflichtung zur Hilfeleistung nicht ableiten.⁷ So heißt es im Berufskodex des Internationalen Pflegeverbands ICN wie folgt:

*„Die Pflegenden üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus.“*⁸

Dennoch war der Umgang mit gefährlichen oder potenziell tödlichen, übertragbaren Erkrankungen schon immer Bestandteil der beruflichen Arbeit von Pflegepersonen ebenso wie Ärztinnen und Ärzten sowie Angehöriger anderer Gesundheitsberufe, und es lässt sich in der Haltung der meisten Berufsangehörigen ein hoher Grad an Selbstverpflichtung erkennen, „zum Wohle der sozialen Gemeinschaft“ tätig zu sein. Diese Forderungen haben sich während der COVID-19 Pandemie zweifelsohne potenziert.

Die Gefährdung der eigenen Gesundheit im Dienst der Abwendung von Gefährdung anderer – konkret Patientinnen, Bewohner*innen o. A. – ist in der Pflege ein bekanntes Phänomen. Wirth und Hülsken-Giesler bezeichnen dies als „interessierte Selbstgefährdung“.⁹ Dieses Phänomen prägt den Alltag für ganz viele Pflegepersonen, allerdings meistens zur Erreichung unternehmerischer Zielstellungen.¹⁰ In Zeiten der Pandemie rückt ein anderes Ziel in den Mittelpunkt. So ist es nur folgerichtig, dass die Mitarbeiter*innen ebendiese Praxis fortführen. Und dies soll

⁵ Begerow/ Gaidys, COVID-19 Pflege Studie, 34.

⁶ Giese, Menschenrechte in der Pflege angesichts Covid 19, 104.

⁷ Seeböhm/ Kloiber, Pflichten und Rechte von Gesundheitsberufen während einer Pandemie, 61-77.

⁸ ICN, 1.

⁹ Wirth/ Hülsken-Giesler, Wenn nicht jetzt, wann dann?, 118.

¹⁰ Peters, Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung, 117.

auch nicht als etwas Negatives bewertet werden. Ganz im Gegenteil, dieser Bereitschaft und Praxis wohnt auch sinnstiftendes Potenzial inne, sie ist auch ein wichtiges Motiv für die Berufswahl.¹¹ Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass eine solche Haltung den Interessen von Biopolitik bestens zuträglich ist.

So ist die COVID-19 Pandemie, der Umgang damit, zum Lehrbeispiel für Biopolitik geworden, wie sie Michael Foucault in seinen Analysen als Charakteristikum von Machtstrukturen in modernen Gesellschaften herausgearbeitet hat.¹² Täglich aufs Neue konnte beobachtet werden, wie Regierung – Gouvernamentalität – und ihre unterschiedlichen Handlungsformen auf die Lenkung, Kontrolle und Leitung von Individuen und Kollektiven gleichermaßen zielte. Dies umfasste Formen der Selbstführung ebenso wie Techniken der Fremdführung. Dem Folge zu leisten, wurde häufig mit dem Argument der Solidarität in Verbindung gebracht, doch was meint dies, nicht zuletzt auch mit Blick auf die Pflegenden?

2. Solidarität

Barbara Prainsack und Alena de Buyx wollen in ihrer Definition des Begriffs Solidarität diese von anderen prosozialen Handlungen unterscheiden:

„Solidarität aber meint die Bereitschaft von Menschen andere zu unterstützen, mit denen sie Ähnlichkeit in einer relevanten Hinsicht erkennen.“¹³

Mit welchen Anderen sollten uns wir Bürger*innen also solidarisch zeigen? Zunächst sollten alle Gruppen der Bevölkerung aus Solidarität zu den älteren Menschen und anderen vulnerablen Gruppen die Maßnahmen einhalten, die mit erheblichen Einschränkungen einhergingen. Hier wurde vor allem den Jungen aus Solidarität zu den älteren Menschen viel abverlangt.

In einer zweiten Phase, Anfang 2021, als dann die ersten Impfungen erhältlich waren, aber noch nicht für alle ausreichend Impfstoff, wurde in Verbindung mit Solidarität eine gerechte Verteilung der knappen Ressource begründet. Wer das unterwandern wollte, wurde öffentlich an den Pranger gestellt, als Beispiel könnten hier einige Bürgermeister in Vorarlberg oder Kärnten angeführt werden.¹⁴

Als dann ausreichend Impfstoff vorhanden war, und die Risikogruppen bereits immunisiert waren, und auch das Gesundheitspersonal „in die Pflicht genommen wurde“ – so haben es viele Berufsangehörige jedenfalls erlebt, schien sich das Blatt neuerlich zu wenden. Fortan waren als

¹¹ Körtner, Grundkurs Pflegeethik.

¹² Foucault, Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernamentalität II.

¹³ Prainsack/ de Buyx, Solidarity, 14.

¹⁴ https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5926296/Impfung_Mehr-als-20-Buergermeister-haben-sich-bereits-vorgedraengt [abgerufen am 28.3.2023].

Adressaten der Solidarität die jüngere Bevölkerung, z.B. Schulkinder. Das Argument lautet hier, das nur so die gefürchteten – und in ihren Auswirkungen verheerenden Schulschließungen – vermieden werden könnten.

3. Neue Vulnerabilität(en) des Gesundheitssystems

Solidarität mit einem möglicherweise überlasteten Gesundheitssystem war ein weiterer Argumentationsstrang, parallel zu allen vorhin genannten. Die Bedrohung, dass „unser gutes und solides Gesundheitssystem“ an die Grenzen der Belastbarkeit geraten könnte, stand von Beginn an im Raum. Dieses System, das mit einer historisch geringen Sterblichkeit in Verbindung gebracht wurde, und das für Lebensrettung stand, sollte seine Kernaufgabe nicht mehr erfüllen können? Da wurde die mediale Aufmerksamkeit dann doch rasch auf die Lombardei oder Spanien gerichtet, wo die Systeme eben deutlich schlechter wären.

Doch ein Virus, das alle erwischen kann, und dessen Krankheitsfolgen besonders für ein paar Gruppen besonders wahrscheinlich eine technikintensivere Behandlung erfordern würde – es brachte das System tatsächlich an die Grenzen, weil die erforderliche Form der Behandlung eben auch in einem Österreich eine begrenzte Ressource darstellt: Die Knappheit der Beatmungsgeräte in manchen Einrichtungen – diese wurden rasch aufgestockt – war schon bald der Knappheit einer anderen Ressource gewichen. Es mangelte an jenen Personen, die diese Maschinen bedienen und die ihnen anvertrauten Menschen gut betreuen konnten, allen voran Intensivpflegepersonen. Häufig verklausuliert wurde dies jedoch debattiert als Mangel an Betten. Viel zu wenig offen angesprochen wurde, dass die Menschen, welche die Care-Arbeit leisten, knapp werden könnten, ein offensichtliches Bedrohungsszenario das zu bedrohlich erschien? Stattdessen wurde der Blick auf die immer größer werdende Sorge gerichtet: Wer bekommt das Bett? Um diese Frage wurden transparente Richtlinien entwickelt – hier sei an die Positionspapiere der Österreichischen Bioethikkommission (Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie), des Deutschen Ethikrats (Ad-Hoc Empfehlung zu Triage) erinnert, oder an jene der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.¹⁵ Sie alle haben beispielhaft Handlungsempfehlungen mit transparenten Kriterien für ethische Entscheidungsfindungen vorgelegt, was in hohem Maße auch eine gesellschaftspolitisch vertrauensbildende Maßnahme darstellte.

Doch für den Umgang mit der Situation eines Mangels an Beatmungsplätzen auf Grund von personellen Ressourcen braucht es auch pflegerische Fachexpertise. Für die Einschätzung, wie

¹⁵ DIVI, S1-Leitlinie Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/040-013> [abgerufen am 28.3.2023].

viele Betten als „zur Verfügung stehend“ angegeben werden können, die ja ein Ausloten des Spannungsfeldes zwischen optimaler Versorgung und gesundheitsgefährdender pflegerischer Versorgung bedeutet, sollten in jedem Fall auch die Vertreter*innen des Pflegemanagements einbezogen werden. In der Praxis ist von einem Einvernehmen zwischen ärztlicher Leitung und jener der Pflege auszugehen, als Verantwortungsträger in der öffentlichen Darstellung wurden letztere jedoch nicht sichtbar. Das soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die ethischen Entscheidungen von Führungskräften, die den Einsatz des Personals zu verantworten hatten, mit gravierenden ethischen Dilemmata verbunden waren.

Mit Dilemmata und größter Not sahen sich auch jene konfrontiert, die im Kontext der Langzeitpflege tätig waren. Hier wurde seitens der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) ein differenziertes und umfassendes Diskussionspapier vorgelegt, doch es schien, dass seitens der Politik unter dem Handlungsdruck dieser Wochen ethischen Reflexionen keinerlei Raum geschenkt wurde.¹⁶

4. Kampfrhetorik verhindert Solidarität

Öffentlich und insbesondere medial wurde ein Kampf inszeniert, mit kriegsähnlichen Metaphern: Die „Health-work force“ wie der Begriff international gebräuchlich ist, sollte um jeden Preis bei der Stange gehalten werden. Nicht zuletzt durch regulative Vorgaben, dazu gehören etwa Maßnahmen wie verkürzte Quarantänezeiten für Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens oder Vorgaben wonach infiziertes Personal unter bestimmten Umständen eingesetzt werden dürfte.

Über die Maskenpausen der Supermarktmitarbeiter*innen wurde medial berichtet – ins Gesundheitswesen wollte man gar nicht so genau schauen. Auch wenn man wusste, dass die Mitarbeiter*innen bessere Bedingungen brauchten, wer wollte schon das Risiko eingehen, das mit längeren Pausen oder mehr Freizeit für Pflegepersonen einhergehen könnte. Es bleibt der Eindruck, dass die Gesundheit der „Health professionals“ gnadenlos gegen die Gesundheit der Bevölkerung ausgespielt wurde.

Eine Erklärung dafür lässt sich in der allgemeinen Betroffenheit ausmachen, wie sie sich häufig einstellt, wenn es an die Tabuzonen wie dem Sterben geht. Alles was bzw. alle die damit in Berührung kommen, müssen abgewehrt werden. Dies erschwert folgerichtig eine Annäherung, gar eine Identifikation mit Angehörigen der Gesundheitsberufe – und ganz besonders der

¹⁶ AEM, Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-1. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf. [abgerufen am 20.3.2023].

Pflege. Letztere spielt in der Begleitung von Menschen am Lebensende, ob auf der Intensivstation oder im Pflegeheim eine zentrale Rolle. Die Kriegsrhetorik die politisch befeuert und medial aufgegriffen den Diskurs in den ersten Monaten der Pandemie prägte, kam dem o. g. Abwehrverhalten entgegen. Kriegsrhetorik jedoch vernebelt die Beziehung zum Anderen, in Kriegsmetaphern werden Beziehungen flüchtig, es werden Unterschiede konstruiert und Solidarität droht zu einer Solidarität mit Gleichgesinnten zu werden.¹⁷

5. Gesellschaftspolitischer Umgang mit Pflege als Beruf

Das Motiv der Regierenden, das Personal im System zu halten, am Laufen zu halten, ist unübersehbar, dieses Anliegen war wohl von breiter Solidarität getragen. Der große Applaus, in den stimmten sie alle ein, sogar im deutschen Bundestag wurde applaudiert und so den Pflegenden Anerkennung gezollt. Dazu stellen Gabriele Fischer et al. die Fragen:

*„Als was sollten die Pflegepersonen genau anerkannt werden? Werden sie als ‚stille Held*innen‘ anerkannt, die versuchen, ihr Letztes zu geben, um Leben zu retten, Krankheiten zu lindern oder alltägliche Versorgung zu gewährleisten (mit der Betonung auf ‚still‘: Dieses Heldentum wird ganz besonders in seiner möglichst geräuschlosen Ausübung wertgeschätzt)? Oder werden sie als erwerbstätige Personen anerkannt, die einen konstitutiven Beitrag zum Weiterbestehen der Gesellschaft leisten ... ?“¹⁸*

Es ist offensichtlich, dass ohne Care Tätigkeiten keine Gesellschaft existieren kann.¹⁹ Wer Care Arbeit macht, will für ihre Leistung angemessen entlohnt werden sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz für sich in Anspruch nehmen.

Wenn Pflegekräfte den Applaus als zynisch zurückweisen, dann hat das wohl auch damit zu tun, dass problematische Arbeitsbedingungen in den meisten Feldern der Pflege als gesellschaftlich akzeptiert gelten. Wenn Kritik von Seiten der Pflegenden an diesen Rahmenbedingungen geäußert wird, dann fehlt eine erkennbare und spürbare Resonanz.

Noch übersteigert an Zynismus ist die Feststellung, dass das (zu) laute Beklagen der Arbeitsbedingungen der Attraktivität des Berufsbildes schaden und damit die Problematik noch befeuern würde, so eine Argumentationslinie die auch aus den Reihen der Berufsgruppe kommt. Der individuelle Wunsch nach besseren Arbeitsbedingungen solle doch hintangestellt werden, zugunsten der Verantwortung für das Kollektiv der ganzen Berufsgruppe. Das Zurückstellen ei-

¹⁷ Bliemetsrieder/ Fischer, Solidarität und Sozialität gegen Kontrolle und Aufrüstung, 26.

¹⁸ Fischer/ Winter/ Reiber, Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden, 112.

¹⁹ Fraser 2016 zitiert nach Fischer/ Winter/ Reiber, Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden.

gener Interessen und Forderungen für ein übergeordnetes Ziel als eine implizite gesellschaftliche Forderung an diese Berufsgruppe ist charakteristisch, und scheint sich in das Berufsethos eingeeignet zu haben.²⁰ Ist es also ein solches stilles Heldentum dem der Applaus galt?

Die „normative Grundlage für die Anerkennung zu verändern“²¹ – der eigentliche Dreh- und Angelpunkt, ist auch nach zwei Jahren Pandemie und Kündigungswellen außen vor geblieben. Sie aber wäre eine Voraussetzung, damit die soziale Wertschätzung als solche von den Pflegekräfte auch anerkannt werden würde.

6. Literatur

AEM: Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-1. Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin. 2020.

https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf [abgerufen am 28.3.2023].

Begerow, Anke/ Gaidys, Uta: COVID-19 Pflege Studie. Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 33-36.

Bliemetsrieder, Sandro/ Fischer, Gabriele: Solidarität und Sozialität gegen Kontrolle und Aufrüstung. Kriegsanalogien in der Corona-Pandemie verstellen den Blick auf relevante Diskurse um Verletzlichkeit, Gerechtigkeit und Fürsorge in und durch die Pflege. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 21-26.

Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) et al.: S1-Leitlinie Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen. ³2021. AWMF online

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/040-013> [abgerufen am 28.3.2023].

Ernst, Jutta/ Staudacher, Diana/ Brenner, Gabi/ Petry, Heidi: Psychische Gesundheit bei Gesundheitsfachpersonen während einer Pandemie – Auswirkungen und Bewältigung. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 57-59.

Fischer, Gabriele/ Winter, Maik H.-J./ Reiber, Karin: Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden... Variationen über das Thema „Anerkennung“. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 112-115.

Foucault, Michel: Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Frankfurt a. M. 2006.

Giese, Constanze: Menschenrechte in der Pflege angesichts Covid 19 – und das Recht Pflegenden, sich im Arbeitsalltag nicht schuldig zu machen oder schuldig zu fühlen. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 103-105.

²⁰ Vgl. Körtner, Grundkurs Pflegeethik.

²¹ Fischer/ Winter/ Reiber, Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden.

ICN Ethikkodex für Pflegende 2012 (deutsche Fassung von 2014):

<https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php>, [abgerufen am 28.3.2023].

Kieslich, Katharina/ Prainsack, Barbara: Solidarität in Zeiten einer Pandemie. Alltagspraktiken und Priorisierungentscheidungen im Lichte des Solidaritätskonzeptes. In: Reis, Andrea/ Schmidhuber, Martina/ Frewer, Andreas (Hg.) Pandemien und Ethik. Berlin 2021. 29-43.

Körtner Ulrich: Grundkurs Pflegeethik. Wien 2022.

Peters, Klaus: Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In Kratzer, Nick/ Dunkel, Wolfgang/ Becker, Karina/ Hinrichs; Stephan (Hg.) Arbeit und Gesundheit im Konflikt: Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin 2011. 105-122.

Positionspapier des Deutschen Ethikrats (Ad-hoc Empfehlung zu Triage).

Prainsack, Barbara/ de Buyx, Alena: Solidarity. Reflections on an Emerging Concept in Bioethics. Nuffield Council on bioethics. London 2011.

Riedel, Annette/ Heidenreich, Thomas: Der Applaus für die (Für)Sorge fordert die Protektion der Selbst(für)sorge. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 156-162.

Seeborn, Annabel/ Kloiber, Otmar: Pflichten und Rechte von Gesundheitsberufen während einer Pandemie. Überlegungen zur Berufsethik. In: Reis, Andrea/ Schmidhuber, Martina/ Frewer, Andreas (Hg.) Pandemien und Ethik. Berlin 2021. 61-77.

Wirth, Lena Marie/ Hülsken-Giesler, Manfred: Wenn nicht jetzt, wann dann? In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe April 2020. 118-120.

Gerechtigkeit und Solidarität: Perspektiven für Bioethik und Biopolitik

Arne Manzeschke

1. Organisationsethische Perspektiven im Kontext eines (zunehmend) digitalisierten Gesundheitswesens

Die Forderung nach Solidarität im Gesundheitswesen ist kein einfacher Ruf nach der Kompensation ungerechter Strukturen und Prozesse, sondern mehr noch der Hinweis auf eine spezifische Form der Beziehung innerhalb und ein Beitrag zu der Gerechtigkeit und Kohäsion eines ‚gesunden‘, d. h. gesundheitsförderlichen Gemeinwesens.

Die Forderung nach Solidarität mit X, also einer Person, einer Gruppe oder auch einem ganzen Volk kann einerseits als Indikator für ein Problem, einen Mangel an Gerechtigkeit oder auch als eklatanter Akt von Ungerechtigkeit verstanden werden – Ungerechtigkeit ist mehr und anderes als die Abwesenheit von Gerechtigkeit, das kann man bei Judith Shklar²² lernen. Die Forderung nach Solidarität ist zugleich aber auch ein Hinweis dafür, dass ein Gemeinwesen nur dann gut bestehen kann, wenn seine Mitglieder in einer Weise aufeinander bezogen sind, die dicht (*solid*) ist, d. h. sie füreinander einstehen und für- und miteinander verantwortlich sind. Man könnte vereinfacht die Gerechtigkeit als den notwendigen Rahmen verstehen, in dem solidarische Beziehungen dem Gemeinwesen die Gestalt geben, die auch unter ethischen Aspekten als gut bezeichnet werden kann.

Der Begriff der Solidarität ist in den aktuellen Debatten in vielfältiger Weise präsent; und das in einer Weise, die häufig Unklarheit und in der Folge auch Ermüdung verursacht. Solidarität für X, Y und Z zu fordern, gehört beinahe zum guten Ton und ist nicht selten wohlfeil zu haben. Schnelle Clicks im Internet als Gesten der Solidarität erweitern unser Verständnis und unsere Praktiken von Solidarität, aber es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass auf diese Weise ein ‚dichteres‘ Verständnis von Solidarität verdrängt wird.

Es war Martha Nussbaum, die mit Blick auf John Rawls' Gerechtigkeitstheorie, die sie für die avancierteste aller verfügbaren hält, konstatierte: „Um es [sc. das Problem sozialer Gerechtigkeit] zu lösen, bedürfen wir einer neuen Auffassung von Bürgerschaft, eines neuen Verständnisses des Zwecks sozialer Kooperation (jenseits einer primären Ausrichtung auf gegenseitige Vorteile) und einer neuen Wertschätzung der Fürsorge (*care*) als soziales Grundgut. Es geht also nicht einfach nur darum, bereits vorhandene Theorien auf neue Bereiche anzuwenden: Eine Revision der theoretischen Struktur selbst scheint unumgänglich ».²³

²² Shklar, Über Ungerechtigkeit. Erkundungen zu einem moralischen Gefühl.

²³ Nussbaum, Die Grenzen der Gerechtigkeit, 125.

Es geht also um eine Revision der theoretischen Struktur von Gerechtigkeit, um das Zusammenleben in einer Bürgerschaft auf andere Fundamente zu stellen als Wettbewerb und individuelles Glücksstreben. Erst wenn systematisch ausgeschlossene Gruppen wie Frauen, indigene Minderheiten und Tiere (!) in einer Theorie der Gerechtigkeit *gleichbedeutend* zu den bisher dominierenden Gruppen berücksichtigt werden – gleichbedeutend ist der Wortsinn von solidarisch –, kann Solidarität ihre volle Wirkung eines Für- und Miteinanders entfalten.

2. Was bedeutet das für eine organisationsethische Perspektive mit Blick auf das zunehmend digitalisierte Gesundheitswesen?

Dazu noch eine eher technische Vorbemerkung zu diesem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen²⁴: Ich verstehe unter Digitalisierung auf einer ersten Ebene die Übersetzung verschiedenster, idealiter aller lebensweltlichen analogen Phänomene in ein binäres Format aus Nullen und Einsen. Damit ist ein Zeichensystem gegeben, mit dem sowohl Inhalte (Daten) als auch Steuerungen (Befehle) formalisiert und auf entsprechenden Geräten verarbeitet, gespeichert und ausgetauscht werden können. Der Austausch, die Verknüpfung von Daten und die Vernetzung der Geräte bezeichnet die zweite Ebene der Digitalisierung. Ziel ist ein ubiquitäres und instantanes System zur Generierung von Wissen und Entscheidungen sowie die Steuerung von immer mehr lebensweltlich relevanten Prozessen auf der Grundlage einer digitalen Rationale. Das gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern ebenso für die Mobilität, die Energieversorgung, das Bildungssystem oder das Wirtschaftssystem. Genauer gesagt: Es gilt für diese ganzen Systeme in ihrer fortschreitenden Entgrenzung und Verknüpfung. Die Vorstellung, dass bestimmte Daten genuin einer Domäne zuzuordnen seien und als solche diskret behandelt werden, verdankt sich einem ‚analogen Denken‘, das in einer zunehmend digitalisierten Welt immer weniger Anhalt findet. Was man derzeit noch als Gesundheitsdaten versteht – z. B. Vitalparameteraufzeichnungen, Genome oder Gensequenzen, histologische Befunde – wird schon jetzt und zukünftig noch mehr als ‚Datensolitär mit begrenzter Aussagekraft‘ befunden werden. Interessant, aussagekräftig und steuerungsrelevant werden diese Daten erst in der Verknüpfung mit weiteren Parametern wie Konsum, Kommunikation, Mobilität, Versicherungsstatus usw. Der gesundheitspolitisch angestrebten und versorgungspraktisch sinnvollen Aufhebung der Versäulung im Gesundheitswesen dürfte die Entgrenzung desselben in einer zunehmend digitalisierten Welt folgen. Gesundheit ist nicht allein eine Frage der medizinisch befundenen korrekten biophysischen Daten, sondern eben auch der konkreten Ernährung, der körperlichen Bewegung und Ertüchtigung, der sozialen Einbettung – alles Phänomene, die als Daten

²⁴ Vgl. hierzu einführend: Manzeschke/ Brink, Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, 25–65.

derzeit noch anderen Domänen als der Gesundheit zugeordnet werden. Der in der Renaissance aufgetretene Anspruch, alles zu messen, was messbar ist – und alles andere messbar zu machen, gewinnt mit der Digitalisierung konkrete Gestalt, die sich obendrein auf die Steuerbarkeit aller Phänomene ausdehnt.

3. Was bedeutet das nun aus einer ethischen Perspektive?

Ein häufig diskutierter Aspekt ist die Erosion von Solidarität durch individualistische Ansätze einer Tarifierung im Gesundheitswesen auf der Grundlage hochspezifischer Daten. Meritokratische Positionen gewinnen in dem Maße an Boden, in dem für Versicherer ein Datenmaterial zur Verfügung steht, das individuelle Risikokalkulationen erlaubt. Verstärkt werden könnte diese Tendenz dadurch, dass Schuldzuschreibungen unter dem Label der Selbstverantwortung in Gesundheitsdiskursen Platz greifen – wo Menschen eine riskante Sportart ausüben, eine Krankheit oder Behinderung durch ihren Lebensstil erwerben bzw. dem Vorschub leisten könnten. Um das an einem Beispiel deutlich zu machen: Die Datenaufzeichnungen im Auto von einem selbstverschuldeten Unfall könnten Jahre später zu einer Einschränkung von Versicherungsleistungen führen, wenn die Wahrscheinlichkeit nur hoch genug ist, ein Rückenleiden könnte seine Ursache in diesem Unfall haben. Umgekehrt kann das Fremdverschulden zu Regressforderungen an Dritte führen.

Man kann und man muss die Grenzen der Solidarität diskutieren, aber man sollte auch sehen, dass unter dem Aspekt der Selbstverantwortlichkeit (ich füge hinzu: der Wohlanständigkeit) in einem entgrenzten, digitalisierten Gesundheitswesen Strukturen der Ungerechtigkeit etabliert werden könnten, die im Sinne Nussbaums immer noch bestimmte Gruppen systematisch benachteiligen: Menschen mit Behinderungen, Frauen, die durch die Geburt von Kindern einem höheren Risiko ausgesetzt sind, Menschen mit seltenen Krankheiten, Menschen mit weniger lukrativen Krankheiten.

Ob der hier als nicht unwahrscheinlich dargestellten Entwicklung durch Forderungen nach Solidarität, wie sie gegenwärtig im bioethischen Feld erhoben werde, begegnet werden kann, muss doch als fraglich markiert werden.

Können Spenden von Biomaterial für Biobanken, Spenden von Gesundheitsdaten für epidemiologische und andere Studien und Therapien oder fremdnützige Studien an Menschen mit Demenz als Solidarität mit aktuellen oder späteren Generationen klassifiziert werden?

Die Grundlage, die für alle diese und noch weitere Forderungen nach Solidarität ausgemacht wird, ist *Vertrauen* in Personen, vor allem aber Organisationen und Institutionen. Das soll durch

Transparenz bei ihrer Arbeit und durch die Zurechenbarkeit von Verantwortung ermöglicht und gerechtfertigt werden. Peter Dabrock hat dies jüngst konkretisiert:²⁵

- Es bedarf entsprechender Rahmenbedingungen für Institutionenvertrauen
- Weiterhin muss die *digital literacy* des und der Einzelnen gestärkt werden
- Auf dieser Grundlage wäre dann Datensouveränität als informationelle Selbstbestimmung²⁶ möglich.

Den Forderungen nach Rahmenbedingungen, die eine gerechte Gesellschaft ermöglichen sowie der nach Stärkung der *digital literacy* kann ich nur zustimmen. Es ist ein schwieriges wie notwendiges Geschäft. Der Schlussfolgerung, dass damit Datensouveränität möglich wird, möchte ich einen Vorbehalt vorschalten.

Ich verstehe Souveränität mit Gernot Böhme: „Der souveräne Mensch unterscheidet sich von dem autonomen gerade nicht durch eine Steigerung der Herrschaft über sich selbst und andere. Souveränität in diesem Sinne heißt eher, nicht über alles herrschen zu müssen. Ich verwende das Wort so, wie man jemanden souverän nennt, der die Leistungen anderer anerkennen oder Niederlagen ertragen kann. [...] Der souveräne Mensch ist der kompetente Mensch. Zwar wird er auch auf Dienstleistungen durch andere, wird er auch auf Expertenwissen angewiesen sein. Aber er wird sich niemals ganz als Objekt in die Hände anderer begeben. Er wird in Auseinandersetzung mit den Experten selbst herausfinden, welche Art von Hilfe er braucht, und er wird nicht unnützlich und nicht vorschnell sich anderen überlassen. Das erfordert Mut und die Bereitschaft, ein Stück Unsicherheit zu ertragen; es erfordert auch die Bereitschaft, Schmerzen auszuhalten.“²⁷

Diese Souveränität ist anspruchsvoller als die mit dem Begriff verbundene Vorstellung, über die Welt, hier insbesondere über die ‚eigenen‘ Daten verfügen zu können. Diese Form der Souveränität lässt vielmehr die Angewiesenheit auf Andere erkennen. Das wäre ein guter Ausgangspunkt für ein solidarisches, zunehmend digitalisiertes Gesundheitswesen. Solidarität aber wird es nur geben, wenn die Strukturen der Gerechtigkeit in diesem digitalisierten Gesundheitswesen auch die großen Player, Digitalkonzerne, Plattform-Ökonomien, Datenmakler, Krankenhausketten usw. in eine Ordnung eingliedern. Wir können die Fragen von guter Versorgung und solidarischer Haltung nicht auf die Einzelnen verlagern, die dann mit dem Prädikat ‚Souverän‘ auf eine zweifelhafte Weise geadelt werden. Ohne die ganz große Debatte um ein globales System der gerechten Gesundheitsversorgung und die Einbindung aller Akteure in diese theoretisch

²⁵ Dabrock, Solidarität und Recht.

²⁶ Vgl. hierzu auch Deutscher Ethikrat: Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin 2017.

²⁷ Böhme, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, 285f.

wie praktisch noch zu erschließenden Strukturen und Praktiken einer umfassenden Gerechtigkeit wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens eher die Isolierung des Einzelnen und Spaltung der Gesellschaft verstärken. Das lässt dann auch immer weniger Raum für Solidarität.

4. Literatur

Böhme, Gernot: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Frankfurt a. M. 1985.

Dabrock, Peter: Solidarität und Recht im digitalisierten Gesundheitswesen. In: Hofmann, Claudia Maria/ Spiecker gen. Döhmann, Indra (Hg.): Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt? Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht, Bd. 25, Berlin u. a. 2022.

Deutscher Ethikrat: Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin 2017.

Manzeschke, Arne/ Brink, Alexander: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ethische Perspektiven. In: Manzei-Gorsky, Alexander/ Schubert, Cornelius/ von Hayek, Juli (Hg.): Digitalisierung und Gesundheit. Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven, Bd. 4. Baden-Baden 2022, 25–65.

Nussbaum, Martha C.: Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin 2010.

Shklar, Judith N.: Über Ungerechtigkeit. Erkundungen zu einem moralischen Gefühl. Hamburg 1992.

Bioethik – Würdeschutz für Menschen in vulnerablen Situationen

Martina Schmidhuber

1. Inhärente Würde versus Würdeverlust

Menschenwürde²⁸ gilt als Quelle und Begründung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948, weil man aufgrund der Gräueltaten in der NS-Zeit verhindern wollte, dass Ähnliches noch einmal geschehen kann. So heißt es in Artikel 1 der AEMR: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ Menschenwürde ist in diesem Sinne allen Menschen inhärent, sie ist unantastbar und kann auch nicht verwirkt oder verloren werden. Der Menschenrechtsexperte Heiner Bielefeldt formuliert dies folgendermaßen: Menschenwürde

„ist nicht das Ergebnis individueller Leistung, die erst einmal vorgelegt werden müsste, sondern kommt jedem Menschen allein deshalb zu, weil er ein Mensch – in der Metaphorik der Erklärung ‚Mitglied der menschlichen Familie‘ – ist.“²⁹

Aufgrund dieser Tatsache kritisiert Bielefeldt ein „Würdeverlustvermeidungsmanagement“³⁰, das er in unserer westlichen Gesellschaft diagnostiziert. Die Sorge vor Würdeverlust scheint Menschen vor allem deshalb zu plagen, so Bielefeldt, weil sie Angst davor haben, die Kontrolle über ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu verlieren und damit zusammenhängend Angst davor haben, von anderen Menschen abhängig zu werden. Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher und geistiger Erkrankungen verbinden viele Menschen Studien zufolge mit Würdeverlust.³¹

Das oberste Ziel scheint deshalb zu sein, Würde um jeden Preis zu erhalten, indem man nicht gebrechlich, krank und dadurch von anderen abhängig wird. Bielefeldt konstatiert, dass diese Sorge unberechtigt ist, weil die Würde des Menschen im Sinne der Menschenrechte ja unantastbar ist. Auch bei Kontrollverlust über die eigenen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und bei Abhängigkeit von anderen bleibt die Menschenwürde erhalten.

²⁸ Ich verwende die Begriffe „Menschenwürde“ und „Würde“ bewusst synonym, weil ich sie in diesem Kontext eng an der lebensweltlichen Praxis diskutiere, in der die philosophisch-begriffliche Unterscheidung nicht wesentlich ist.

²⁹ Bielefeldt, Menschenwürde und Autonomie am Lebensende, 49.

³⁰ Ebd. 46.

³¹ Ebd.

Dennoch lässt sich freilich nicht leugnen, dass Menschen in den genannten Fällen das subjektive Gefühl erleben können, sich in einer menschenunwürdigen Situation zu befinden: In sogenannten vulnerablen Situationen können sich Menschen ihrer Würde beraubt fühlen. Mackenzie, Rogers und Dodds zeigen in ihrer Vulnerabilitätstaxonomie, dass alle Menschen aufgrund ihrer *Conditio Humana* inhärent vulnerabel sind.³² Das merken wir z. B. daran, wenn unser Körper nach kurzer Zeit ohne Flüssigkeitszufuhr erste Anzeichen einer Dehydrierung zeigt oder bei Schlafentzug. Die situative Vulnerabilität besagt, dass Menschen sehr schnell in Situationen kommen können, in denen sie sich vulnerabel fühlen, etwa beim Verlust des Arbeitsplatzes, bei Obdachlosigkeit und auch im Falle einer Erkrankung. Pathogene Vulnerabilität kann in asymmetrischen Beziehungen zum Thema werden, etwa wenn ein Erwachsener ein Kind misshandelt oder misshandelt oder wenn in einem Seniorenheim pflegebedürftige Menschen misshandelt oder vernachlässigt werden.

Ich habe bei meinen folgenden Überlegungen die situative Vulnerabilität im Blick, in der sich Menschen mit Erkrankungen befinden können. Die Situation einer Erkrankung kann als vulnerabel und aus den genannten Gründen des Kontrollverlustes und der Abhängigkeit von anderen auch als unwürdig empfunden werden. Udo Reiter, ein deutscher Journalist, der seit vielen Jahrzehnten im Rollstuhl saß, suizidierte sich im Alter von 70 Jahren, weil er Angst vor einer Demenz, großer Abhängigkeit und Würdeverlust hatte:

„Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkremete mit Gummihandschuhen unten wieder herausholen lassen.“³³ (Reiter 2014)

Die Überlegungen Reiters wurden vor allem in der deutschen Debatte um den ärztlich assistierten Suizid als Pro-Argumente vorgebracht, für den Reiter plädierte, denn seines Erachtens muss es für jene Menschen, die nicht todkrank sind, aber sterben möchten, weil sie lebenssatt sind, „Notausgänge geben, durch die sie in Würde und ohne sinnlose Qualen gehen können.“³⁴ Im Umkehrschluss bedeutet das, dass ein weiteres Leben für manche Menschen unwürdig wäre. Der Begriff der Würde wird hier also ganz maßgeblich in die Diskussion eingebracht.

³² Mackenzie, Rogers, Dodds, Introduction. What is vulnerability and why does it matter for moral theory?

³³ Reiter, Mein Tod gehört mir.

<https://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111>
(Zugriff am 22.02.2023).

³⁴ Ebd.

Unumstritten ist, dass die Gesellschaft gefordert ist, niemandem das Gefühl des Würdeverlustes in vulnerablen Situationen zu geben. Gute Pflege, angemessenes Wohnen und Existenzsicherung müssen jedem Menschen zukommen. Trotz dieses Konsens scheint der Würdebegriff für ganz unterschiedliche Argumente vorgebracht zu werden, wie am Beispiel des ärztlich assistierten Suizids deutlich geworden ist. Woran liegt es, dass einerseits von einer unantastbaren Menschenwürde ausgegangen wird, die man nicht verlieren kann, andererseits Menschen in vulnerablen Situationen von Würdeverlust sprechen?

2. Keine allgemeingültige Definition der Menschenwürde

Der Grund, dass diese sehr unterschiedlichen Vorstellungen von Menschenwürde in Diskurse eingebracht werden, ist, dass wir auf keine allgemeingültige Definition der Menschenwürde zurückgreifen können. Nur deshalb kann Unterschiedliches darunter verstanden und Würde unterschiedlich interpretiert werden. Es wurde viel Kluges und Interessantes aus den verschiedenen Wissenschaften über Menschenwürde gedacht und geschrieben, auf einen Konsens, was Menschenwürde ausmacht, ist man aber bisher trotzdem nicht gekommen. Um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die Zugänge sind, greife ich exemplarisch fünf Überlegungen zu Menschenwürde heraus.

Die US-amerikanische Philosophin Martha Nussbaum versteht Menschenwürde eher intuitiv.³⁵ Michael Quante versteht Menschenwürde als die „Fähigkeit, zu einem autonomen, in eigener ethischer Orientierung geführten Leben als menschliche Person.“³⁶ Aber auch Menschen ohne personale Autonomie spricht er Menschenwürde zu, weil andere für den Betroffenen nach intersubjektiv-rationalen Standards eine Evaluation vornehmen können. Roland Kipke wiederum sieht die Achtung der Menschenwürde in der „Achtung des Menschen als sinnstiftendem und sinnbedürftigem Wesen“.³⁷

Norbert Hoerster hingegen hält den Begriff der Menschenwürde für ein „normativ besetztes Schlagwort ohne jeden deskriptiven Gehalt“³⁸, weil oftmals von Pro- und Contra-Seite mit Menschenwürde argumentiert wird, etwa beim assistierten Suizid. Die Folge, dass Menschenwürde lediglich als normativ besetztes Schlagwort verwendet wird, ist, dass

³⁵ Nussbaum, Die Grenzen der Gerechtigkeit, 105. Alisdair MacIntyre hat daran anschließend kritisiert, dass etwas mit der Beweisführung schiefgelaufen sein muss, wenn Philosophen sich auf Intuition berufen müssen. (MacIntyre 1987).

³⁶ Quante, Menschenwürde und personale Autonomie, 208.

³⁷ Kipke, Die Sinntheorie der Menschenwürde, 94.

³⁸ Hoerster, Ethik des Embryonenschutzes, 24.

„im Streit um die Zulässigkeit etwa des therapeutischen Klonens oder der Sterbehilfe gelegentlich sogar beide Seiten gleichzeitig versuchen, durch Berufung auf die Menschenwürde den Sieg davonzutragen. Die Menschenwürde eignet sich vorzüglich als ideologische Waffe.“³⁹

Auch im Kontext des assistierten Suizids hat Bettina Schöne-Seifert den Begriff der „Würdemündigkeit“ stark gemacht und meint damit, dass jeder Mensch seine eigenen Vorstellungen von einem würdigen Lebensende hat.⁴⁰

Ich halte diesen Ansatz der Würdemündigkeit für sehr fruchtbar und möchte ihn weiterdenken: Meines Erachtens ist eine subjektive Sicht auf Menschenwürde unabdingbar, um Patientinnen und Patienten gerecht zu werden – nicht nur im Rahmen der Sterbehilfedebatte. Deshalb sollten wir in der Medizin grundsätzlich allen Patientinnen und Patienten Würdemündigkeit zutrauen. Grundsätzlich, denn ich zeige am Ende meiner Überlegungen noch Grenzen auf. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang darüber hinaus, dass auch vulnerable Situationen unterschiedlich empfunden werden: Die Eine fühlt sich lediglich in einer herausfordernden, der Andere bereits in einer vulnerablen und deshalb möglicherweise unwürdigen Situation.

3. Menschenrechte als Argumentationsbasis

Aus diesen Überlegungen folgt mein Plädoyer für eine wohl dosierte Verwendung des Begriffs der Menschenwürde. So wichtig dieser ist, er sollte weniger inflationär in den diversen Debatten verwendet werden. Stattdessen sollten wir uns auch in der Medizinethik viel mehr die Menschenrechte als Argumentationsbasis zu Nutze machen. Denn diese decken bereits sehr viel ab. So ist etwa in den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten (WSK-Rechte), das Recht „über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen“, verankert. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte finden wir darüber hinaus in Artikel 25 das „Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“.

Wenn wir in der medizinethischen Argumentation im Rahmen der Menschenrechte der Würdemündigkeit der einzelnen Menschen Rechnung tragen, dann hat das eine Reihe von positiven Folgen: (1) Wir stärken damit die Selbstbestimmung des Individuums, weil wir ihm zutrauen, zu entscheiden, was es für sich selbst für würdig hält. (2) Bei individuellem Bedarf, den der einzelne Mensch selbst bestimmt, kommt ihm aufgrund der Menschenrechte Unterstützung zu.

³⁹ Hoerster, Norbert, Ethik des Embryonenschutzes.

⁴⁰ Schöne-Seifert, Zur ethischen Beurteilung ärztlicher/organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzesentwürfe, 8.

(3) Menschenwürde kann, wenn wir von einer Würdemündigkeit ausgehen, nicht mehr als ideologische Waffe benutzt werden. (4) Begründungen, die auf den Menschenrechten basieren, sind im interdisziplinären Diskurs besser geeignet als die oftmals unterschiedlich verstandene Rede von Menschenwürde.

Auch für die Praxis können wir viel gewinnen, wenn wir dem Einzelnen Würdemündigkeit zutrauen: (1) Wir wirken damit einer Pauschalisierung und Stigmatisierung entgegen, weil nicht mehr von außen bestimmt wird, welche Individuen oder welche Gruppen von Menschen sich in einer vulnerablen Situation befinden. Auf die Gefahr der Pauschalisierung und Stigmatisierung weist auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise“ (2022) hin. (2) Die Debatte über den assistierten Suizid wäre vermutlich völlig anders geführt worden, wenn alle daran Beteiligten von einer Mündigkeit der Betroffenen in Bezug auf ihre Würde ausgegangen wären. (3) Es würden individuelle, prospektive Überlegungen zu würdig empfundener Pflege verstärkt in den Vordergrund rücken. Eng damit zusammen hängt auch die Forcierung, Patientenverfügungen zu erstellen und sich Gedanken über Advance Care Planning (ACP) zu machen. Dafür bedarf es freilich sehr viel an Kommunikation von ärztlicher Seite und einer gesellschaftlichen Anstrengung, health literacy zu stärken. Schließlich hat das Ernstnehmen der Mündigkeit der Patientinnen und Patienten auch zur Folge, dass sie (4) ein Leben in Abhängigkeit z. B. bei einer neurodegenerativen Erkrankung selbst bewerten können. Sie können so lange wie möglich bewerten, ob sie ihre Situation als würdig oder unwürdig empfinden und wie sie damit umgehen möchten. Wenn eine Bewertung nicht mehr möglich ist, z. B. bei einer Demenz in späteren Stadien, können uns wiederum die Menschenrechte dienen.

4. Grenzen der Würdemündigkeit

Wie alle Konzepte hat auch dieses gewisse Grenzen. So zeigt sich eine dieser Grenzen ganz deutlich im interkulturellen Setting. Walter Bruchhausen hat einige „echte Wertekonflikte“ beschrieben, zu denen auch das Einfordern von nicht medizinisch indizierten Behandlungen von Seite der Patientinnen und Patienten zählt bzw. das Nicht-Akzeptieren von medizinisch indizierten Behandlungsbegrenzungen.⁴¹ Es scheint fehl zu gehen, bei nicht medizinisch indizierten Maßnahmen diese trotzdem zu gewähren, weil dies sonst als unwürdig empfunden würde. Vielmehr müssen hier interkulturelle und kommunikative Kompetenzen zur Lösung beitragen. Dieses Thema, nämlich wie wir aus ethischer Sicht bestmöglich mit Herausforderungen zwischen

⁴¹ Bruchhausen, Kulturelle Differenz und Diversität im Krankenhaus.

den Kulturen im Krankenhaus umgehen können, wird uns auch in Zukunft in unserer Einwanderungsgesellschaft beschäftigen müssen.⁴²

Eine weitere Grenze wäre, wenn es um einen Schaden oder eine Gefährdung Dritter geht, z. B. wenn eine Frau es als würdiger empfände, ihr Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen, obwohl eine Sectio medizinisch indiziert ist und eine natürliche Geburt dem Kind schaden würde.

In der Psychiatrie könnte auch bei vom Patienten unwürdig empfundener Medikation ein paternalistisches Handeln von ärztlicher Seite erforderlich sein, weil eine Selbstgefährdung des Patienten/der Patientin zu vermeiden ist.

Die Herausforderung ist, diese und mögliche weitere Grenzen sowie Würdemündigkeit von Patientinnen und Patienten zu erkennen und Menschen, denen Würdemündigkeit zugestanden werden kann, in der medizinischen Behandlung gerecht zu werden. Dann ist es möglich, Würdeschutz in individuell empfundenen vulnerablen Situationen zu gewährleisten.

5. Literatur

Bielefeldt, Heiner: Menschenwürde und Autonomie am Lebensende. Perspektiven der internationalen Menschenrechte. In: Welsh C./ Ostgathe C./ Frewer A./ Bielefeldt H. (Hg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Bielefeld 2017, 45-66.

Bruchhausen, Walter: Kulturelle Differenz und Diversität im Krankenhaus. Ethik zwischen Anpassung und Beharren. In: Jahrbuch Ethik in der Klinik 10. Würzburg 2017, 25-40.

Deutscher Ethikrat: Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in der Pandemie. Stellungnahme. Berlin 2022.

Hoerster, Norbert: Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay. Stuttgart 2002.

Kipke, Roland: Die Sinntheorie der Menschenwürde. Auf dem Weg zu einem neuen und integrativen Ansatz. In: Zeitschrift für Praktische Philosophie Bd. 7 Nr. 2 (2020), 91-118.

MacIntyre, Alasdair: Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart. Frankfurt a. M. 1987.

Mackenzie, Catriona/ Rogers, Wendy/ Dodds, Susan: Introduction. What is vulnerability and why does it matter for moral theory? In: dies. (Hg.): Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy. New York 2014.

⁴² Schmidhuber, Interkulturelle Kompetenz im Krankenhaus.

Nussbaum, Martha C.: Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin 2010.

Quante, Michael: Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften. Hamburg 2010.

Reiter, Udo: Mein Tod gehört mir. In: Süddeutsche Zeitung, 4. Januar 2014
<https://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111>
(Zugriff am 22.02.2023).

Schmidhuber, Martina: Interkulturelle Kompetenz im Krankenhaus. Arzt-Patienten-Kommunikation mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im interkulturellen Setting. Baden-Baden 2022.

Schöne-Seifert: Zur ethischen Beurteilung ärztlicher/organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzesentwürfe. Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 23. September 2015 im Ausschuss des Bundestages für Recht und Verbraucherschutz. Münster.

Wie funktionieren Ethikräte? Zum Selbstverständnis nationaler Ethikgremien. Eine Reflexion in vier Kapiteln

Christiane Druml

1. Wesen und Bedeutung von Bioethikkommissionen und Ethikräten

Die seit 2020 herrschende Corona-Pandemie hat weltweit gezeigt, dass Politik auf die fachliche Beratung durch Wissenschaftler angewiesen ist. Im Falle einer Pandemie sind dies vor allem Ärzte, aber auch Epidemiologen, Mathematiker, Rechtswissenschaftler, und viele andere mehr. Die Pandemie hat aber auch gerade ethische Fragen, wie die der Triage und damit die eminente Bedeutung von Ethikkommissionen ins Zentrum gerückt.

Gremien wie Ethikräte oder Bioethikkommissionen, die seit den 1980er Jahren weltweit eingerichtet wurden, sind hervorragende Beispiele einer wertebasierten Politikberatung, da sie neben den klinischen oder sonstigen fachlichen Experten auch Vertreter aus Disziplinen wie z. B. der Jurisprudenz, Philosophie und Theologie mit ethischer Expertise aufweisen.

Diese Gremien wurden durch die rasanten Entwicklungen in den Lebenswissenschaften notwendig, ich nenne hier vor allem Fragen des Lebensbeginns (z. B. Reproduktionsmedizin), Organersatz und Transplantation und Fragen des Lebensendes und ihren Einfluss auf unsere heutige Gesellschaft – genauer gesagt auf alle gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht.

Sie sind eben keine ‚Politikflüsterer‘, keine Lobbyisten, sondern beraten auf wissenschaftlicher Basis unabhängig von jeder politischen Einflussnahme.

Bioethikkommissionen und Ethikräte sind damit ein essentieller Bestandteil unserer liberalen, demokratischen, internationalen Ordnung, wie sie nach dem Zweiten Weltkrieg – leider in nur wenigen Ländern, jedoch innerhalb der EU – bewusst gestaltet wurde.

Diese Gremien sind von überschaubarer Größe, so dass eine Diskussion aller Mitglieder gut möglich ist, sie sind aus unabhängigen und meist ehrenamtlich tätigen Wissenschaftlern zusammengesetzt, Männer und Frauen, und beraten zumeist nationale Parlamente oder Regierungen. Es gibt aber auch Kommissionen, die über den rein nationalstaatlichen Bereich hinaus wirken wie die ursprünglich 1991 gegründete ‚European Group on Ethics in Science and New Technologies‘, die für die EU-Kommission tätig ist oder das International Bioethics Committee der UNESCO oder eine vergleichbare Einrichtung des Europarates.

Die Österreichische Akademie der Wissenschaften statuiert „Wissenschaftliche Expertise kann Grundlagen für evidenzbasierte politische Entscheidungen bilden und die öffentliche Diskussion bereichern“. Auch die UNESCO hat 2017 ihre bereits 1974 veröffentlichten Empfehlungen für Wissenschaft und wissenschaftliche Forscher neu formuliert und darin die Politikberatung als einen der 10 wesentlichen Grundsätze genannt. Die UNESCO hat überdies bereits vor 15 Jahren ein Regelwerk über (nationale) Bioethikkommissionen, ihre Etablierung, ihre Grundsätze und Verfahrensregeln und die Ausbildung ihrer Mitglieder erstellt und außerdem ein nachhaltiges weltweit in Anspruch genommenes Ausbildungsprogramm für sie eingerichtet, das auch stark in Anspruch genommen wird!

Doch wie kann ein die Politik in komplexen Situationen beratendes Gremium eine Unterstützung bieten, damit die Politik die verschiedenen weltanschaulichen Positionen und wissenschaftlichen Meinungen und ihre Schlussfolgerungen verstehen und so verwerten kann, dass sie eine verantwortliche und begründete Entscheidung für ihr Handeln treffen kann? Die Rolle der nationalen Ethikberatung durch Ethikräte oder Bioethikkommissionen ist hier aus mehreren Gründen durch ihre vorhandene Struktur und Funktionsweise beispielgebend.

Die Verordnung, mit der unsere Bioethikkommission eingerichtet wurde, legt fest, dass die Kommission bei der Beschlussfassung einen größtmöglichen Konsens anzustreben hat, dass sie ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit fasst, dass dabei jedoch eine Stimmenthaltung unzulässig ist. Dies ist ein essentieller Aspekt der Beratung, da hier der Beratene sicher sein kann eine abgestimmte Meinung und damit eine verwertbare Grundlage für eine Entscheidung zu bekommen.

Jede abweichende Meinung muss bei uns als solche erkennbar und spezifisch ausformuliert sein. Jede abweichende Meinung muss auch als solche veröffentlicht werden. Damit ist Transparenz in der Öffentlichkeit über die Grundlage der politischen Entscheidungen gegeben, was letztlich zu einer besseren Akzeptanz führen kann.

Die Notwendigkeit zum Diskurs und – wenn möglich – zum Konsens zeigt, dass Ethikräte auch Plattform und Katalysator für schwierige Diskussionen und den Umgang mit abweichenden Meinungen sind. Und das ist heute in Zeiten, der weltanschaulichen Pluralität und einer Wissenschaftsfeindlichkeit besonders wichtig. Natürlich, es wird Themen geben, zu denen wir nicht leicht oder gar nicht einen Konsens finden können und das sind vor allem die klassischen Themen des Beginns des Lebens, also der Reproduktionsmedizin oder des Endes des Lebens, wie die sogenannte ‚Sterbehilfe‘.

Wiewohl es auch bei diesen Themen wichtig ist, die Stellungnahmen so weit wie möglich einstimmig zu formulieren, jedoch können die Empfehlungen durch eine zweite Meinung, oder Minderheitsmeinung oder ‚Dissenting opinion‘ ergänzt werden. Und die Einbeziehung von Experten und auch Betroffenen ist essentiell, da nie das gesamte mögliche Wissen innerhalb der Kommission vorhanden sein kann. Hier geht es eben auch nicht um die anonyme ‚Handlungsanweisung vom Schreibtisch‘, sondern um begründete und nachvollziehbare praktisch anwendbare Empfehlungen.

2. Ethischer Diskurs innerhalb der Kommission

Wir haben uns dem ethischen Diskurs in Selbstreflexion in unserer Stellungnahme zu „20 Jahren Bioethikkommission“ gewidmet und dort folgende Zeilen, die der Philosoph Peter Kampits formulierte, veröffentlicht: „Es ist widersinnig, anzunehmen, dass sich ethische Probleme ebenso wie technische Aufgaben ‚lösen‘ oder mithilfe von Algorithmen ‚beseitigen‘ ließen. Ethische Entscheidungsfindungen sind nicht berechenbar. Sie sind immer von Unsicherheiten geprägt und können nur diskursiv und situationsbedingt erarbeitet werden. Nicht selten ist eine Güterabwägung unter Beziehung der weithin anerkannten Prinzipien Autonomie, Nicht Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit der angemessene Weg zu einer konkreten Entscheidungsfindung. Abstrakte Statistiken, Wahrscheinlichkeitskalküle und Risikoabschätzungen müssen in existentielle Urteile übersetzt werden. Als Idealziel der Ethik könnte gelten, universelle Geltungsansprüche mit der je konkreten Lebenssituation zu verbinden. Ethik sollte danach trachten, das jeweils ‚Zuträgliche‘ und das allgemein Angemessene zu verbinden.“

3. Akzeptanz durch die Beratenen

Wir sehen auch, dass der ‚Beratene‘, also die Politik, die Empfehlungen nicht immer annimmt. Dann sind sie allerdings weiterhin von theoretischem Wert und für die Allgemeinheit und Wissenschaft nutzbar. Für die Nachwelt. Jedenfalls finden sie Eingang in das kollektive Gedächtnis.

Der österreichische Verfassungsgerichtshof hingegen bezieht sich immer wieder auf unsere Stellungnahmen. Keine andere Materie ist so eng mit der Bioethik verwoben, wie die Grundrechte. Sie führen zu kontroversen Debatten, die nicht immer harmonische Lösungen finden können. Wir wurden speziell bei einem Gesetzesprüfungsverfahren beim Fortpflanzungsmedizinengesetz, einbezogen, oder bei der Frage nach dem sogenannten ‚Dritten Geschlecht‘. Rezent hat der Verfassungsgerichtshof unsere Stellungnahme ‚Sterben in Würde‘ aus 2015 bei der Aufhebung des §78 STGB – der Beihilfe zum Selbstmord (wie das Gesetz in Österreich offiziell

heißt) zitiert. Es gibt auch Situationen, in denen sich der Verfassungsgerichtshof direkt per eingeschriebenem Brief mit dem Ersuchen um Befassung und Antwort an uns gewandt hat. Aber natürlich wurden wir in den vergangenen Jahren auch zu einzelnen Fragen direkt vom Bundeskanzler oder einem Fachminister beauftragt.

4. Ausblick in Zeiten eines neuen Kalten Krieges

Wir sind heute weltweit konfrontiert mit einer nun schon das dritte Jahr andauernden Pandemie und einem Krieg, der auch zu einer Ernährungskrise, einer Energie- und Wirtschaftskrise geführt hat. Die Klimakrise ist kaum mehr aufzuhalten. Wir sehen eine über alle Kontinente reichende Flüchtlings- und Migrationskrise. Alles Themen die mit grundlegenden ethischen Fragen verbunden sind.

Jonathan Moreno, Bioethiker an der Universität von Pennsylvania weist in einem aktuellen Kommentar im Hastings Bioethics Forum ausdrücklich darauf hin, dass bioethische Werte nicht nur für die klinische Medizin und Forschung gelten. Sie betreffen auch die öffentliche Gesundheit, sie betreffen unsere Wirtschaft und unsere Sicherheit.

Auch die eben erwähnte Klimakrise betrifft auf vielfältige Weise die Gesundheit gegenwärtiger, vor allem aber zukünftig lebender Menschen, unserer Kinder und Kindeskiner, die Zukunft unseres Planeten. Die Zusammenhänge zwischen dem derzeit stattfindenden Klimawandel und den globalen Krankheitsgeschehen zeigen unzweifelhaft, dass dieser Klimawandel krank macht, daher kann die Dringlichkeit dieses Themas nicht ausreichend betont werden, der zu einem eminent ethischen Problem geworden ist. Daher haben wir als letzte Stellungnahme uns diesem Thema gewidmet und einstimmige Empfehlungen zu ‚Die Klimakrise als ethische Herausforderung‘ im Mai 2022 abgegeben.

Wir müssen uns als Bioethikkommissionen und Ethikräte aber generell fragen, ob wir in dieser Situation eines Zweiten Kalten Krieges, in der wir uns seit Februar befinden, nicht unsere Bewertungen ändern müssen? Ob die Prinzipien, die sich seit den Nürnberger Ärzteprozessen als Grundlage unserer gesellschaftlichen Entscheidungen bewährt haben, noch adäquat sind? Ob sie noch ausreichen?

Oder ob wir uns in diesem geänderten globalen Rahmen neu orientieren müssen und die Grundlagen, die die Bioethik seit mehr als 70 Jahren leiten nicht erweitert und verstärkt und neu formuliert werden müssen. Ob der bisherige Fokus auf das Individuum nicht wesentlich stärker

auf die Gesellschaft als Ganzes hin neu ausgerichtet werden muss? Um derartige grundlegende Änderungen zu bewerten und zu diskutieren, sind weiterführende Diskussionen in bioethischen Foren ein wichtiger und guter Rahmen.

Autoren:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;
Stellvertretender Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8,
1090 Wien (<https://ierm.univie.ac.at/>)
E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: <https://etfst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>

Prof. Dr. Peter Dabrock

Institut für Systematische Theologie Abteilung: Lehrstuhl für Systematische Theologie II (Ethik), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Kochstraße 6, 91054 Erlangen
(<https://www.ethik.phil.fau.de/>)
E-Mail: peter.dabrock@fau.de
Homepage: <https://www.ethik.phil.fau.de/dabrock/>

Univ.-Prof.Mag.Dr. Sabine Pleschberger, MPH

Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, Alserstraße 23/12, 1080 Wien (<https://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/>)
E-Mail: sabine.pleschberger@goeg.at
Homepage: https://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/ueber-uns/ueber-uns-die-personen/?no_cache=1

Prof. Dr. theol. habil. Arne Manzeschke

Leiter des Instituts für Pflegeforschung, Gerontologie und Ethik (IPGE) (<https://www.evhn.de/forschung/forschungsinstitute/institut-fuer-pflegeforschung-gerontologie-und-ethik>), Evangelische Hochschule Nürnberg;
Vorsitzender der Ethikkommission der Ev. Hochschule Nürnberg (<https://www.evhn.de/hochschule/ethikkommission>)
E-Mail: arne.manzeschke@evhn.de
Homepage: <https://www.evhn.de/hochschule/organisation/personenverzeichnis/prof-dr-theol-habil-arne-manzeschke>

Univ.-Prof. Dr. Martina Schmidhuber

Professur für Health Care Ethics, Universität Graz, Heinrichstraße 78b/1, 8020 Graz, Österreich
(<https://moraltheologie.uni-graz.at/de/>)
E-Mail: martina.schmidhuber@uni-graz.at
Homepage: <https://moraltheologie.uni-graz.at/de/institut/mitarbeiterinnen/univ-prof-dr-martina-schmidhuber>
ORCID-ID: 0000-0002-7701-5433

Dr. Christiane Druml

Inhaberin UNESCO Lehrstuhl für Bioethik (<https://www.meduniwien.ac.at/web/internationales/unesco-lehrstuhl-fuer-bioethik/>)
Leiterin des Josephinums, Währinger Straße 25, 1090 Wien (<https://www.josephinum.ac.at/>)
E-Mail: christiane.druml@meduniwien.ac.at