

Empirische Ethik? Über eine Fehlentwicklung innerhalb der Medizinethik

In Ethiklehrbüchern findet sich die Einteilung der Ethik in deskriptive Ethik, normative Ethik und Metaethik. Die deskriptive Ethik trifft Feststellungen darüber, wie Menschen faktisch moralisch urteilen und handeln. Die normative Ethik fällt Urteile darüber, wie moralisch geurteilt und gehandelt werden soll. Die Metaethik untersucht die Sprache der Moral sowie die argumentative Begründung moralischer Urteile.

Innerhalb der Medizinethik ist seit Längerem ein neuer Ausdruck bezüglich der Einteilung der Ethik in Gebrauch gekommen, nämlich der Ausdruck ‚empirische Ethik‘. In einem breit rezipierten Aufsatz hat der niederländische Ethiker Bert Musschenga 2009 in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ dargelegt, wie es zu diesem Ausdruck gekommen ist und was unter ‚empirischer Ethik‘ zu verstehen ist.¹ Danach ist die empirische Ethik aus der Kritik an der „gängigen (medizinischen) Ethik“ hervorgegangen. Musschenga unterscheidet zwischen externer sozialwissenschaftlicher Kritik und interner Kritik seitens der Ethiker. Die externe Kritik moniert, dass Ethiker sich nur dafür interessieren, „how decisions should be made“, aber nicht dafür, „how they are in fact made“. Hier gebe es gerade im Bereich der Medizin eine große Diskrepanz. Die interne Kritik moniert, dass die gängige medizinische Ethik „zu abstrakt, zu allgemein sowie unrealistisch und nicht durchführbar sei und den einzigartigen Merkmalen spezifischer Situationen nicht gerecht würde“. Diese Kritik richtet sich vor allem gegen eine Auffassung der medizinischen Ethik als Prinzipienethik, die abstrakte theoretische Prinzipien auf konkrete Situationen der medizinischen Praxis zu applizieren sucht. Ziel der Kritik ist eine praxisorientierte Wende innerhalb der Medizinethik, und man erhofft sie sich davon, dass die Medizinethik „empirischer“ wird.

Was ist mit ‚empirisch‘ gemeint? „In der empirischen Ethik im Kontext von Medizin und Gesundheitswesen meint *empirisch* faktisch *sozialwissenschaftliche empirische* Forschung. Der Begriff *empirische Ethik* verweist somit auf eine Kombination von Sozialwissenschaften und normativer Ethik.“ So begriffen ist die empirische Ethik keine Alternative zur normativen Ethik, im Gegenteil. Überhaupt hat die „empirisch-ethische Forschung selbst ... keine eigene

¹ Bert Musschenga, Was ist empirische Ethik? In: Ethik in der Medizin, 3/2009.

Methodologie“. Was sie kennzeichnet und von anderen ethischen Forschungsrichtungen abhebt, ist die Kombination von sozialwissenschaftlicher empirischer Forschung und normativer Ethik unter der Zielsetzung der „Förderung der Kontextsensitivität der Ethik“.

Was Musschenga nicht in Betracht zieht, ist die Frage, ob nicht das, was medizinische Praktiker an der „gängigen (medizinischen) Ethik“ zweifeln lässt, die normative Ethik selbst und als solche ist. Es ist ja kein Zufall, dass die Idee einer „empirischen Ethik“ innerhalb der Medizinethik entsteht und nicht in der Wirtschaftsethik oder der Naturethik. Innerhalb der Medizin gibt es eine etablierte Praxis in Gestalt des Handelns von Ärztinnen und Ärzten, die am Krankenbett Entscheidungen treffen müssen. Sie beziehen die Gründe für ihr Handeln aus den konkreten Situationen, mit denen sie konfrontiert sind, und nicht aus Urteilen der normativen Ethik. Insofern gibt es eine große Diskrepanz zwischen der Art und Weise, wie sie tatsächlich Entscheidungen treffen, und den Vorstellungen innerhalb der normativen Ethik darüber, wie sie Entscheidungen treffen sollten.²

Diese Diskrepanz resultiert aus einer Blindheit der normativen Ethik in Bezug auf die Lebenswelt. Ursächlich hierfür ist eine Weichenstellung der philosophischen Aufklärung der Moderne, wonach Erkenntnis, also auch moralische und ethische Erkenntnis, die sprachliche Form des Urteils hat.³ Mit dieser Weichenstellung wird die Lebenswelt im Sinne der *erlebten Welt* aus dem Bereich der Erkenntnis verbannt. Denn was wir erleben, das artikulieren wir in der Form der Schilderung oder Erzählung, nicht in der Form von Urteilen. Die normative Ethik ist aus dieser Weichenstellung hervorgegangen. Ihr Ziel ist die gesicherte moralische Erkenntnis in Gestalt gültiger moralischer Urteile. Die Vorstellung dabei ist, dass damit Gründe für moralisches Handeln bereitgestellt werden. Doch genau hier liegt das Problem. Bezieht doch das menschliche Handeln seine Gründe aus der Lebenswelt.⁴ Es ist die erlebte und erlittene Wirklichkeit, die Grund gibt zum Handeln. Das gilt auch für das moralische Handeln.⁵ Die Diskrepanz, von der soeben die Rede war, ist daher gar nicht spezifisch für die Medizin. Es handelt sich vielmehr um eine grundsätzliche Diskrepanz zwischen den tatsächlichen, nämlich lebensweltlichen Gründen, aus denen heraus Menschen handeln, und zwar auch moralisch

² Siehe zur Illustration dieses Sachverhalts Johannes Fischer, Nachtrag zur Position der Bundesärztekammer, S. 2f, <https://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2023/04/Suizidhilfe-rechtliche-Regelung-Nachtrag-.pdf>

³ Vgl. Johannes Fischer, Falsches Denken. Über ein philosophisches Dogma und seine Folgen, <https://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2023/03/Falsches-Denken-1.pdf>

⁴ Johannes Fischer, Gründe und Lebenswelt. Bemerkungen zu einem Text von Julian Nida-Rümelin, [Gründe-und-Lebenswelt-6.pdf \(profjohannesfischer.de\)](https://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2023/01/Gr%C3%BCnde-und-Lebenswelt-6.pdf);

⁵ Johannes Fischer, Gründe und Lebenswelt. Nachtrag zum genaueren Verständnis von Moral und Ethik, <https://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2023/01/Gr%C3%BCnde-und-Lebenswelt-Nachtrag-1.pdf>

handeln, und den vermeintlichen Gründen, die innerhalb der normativen Ethik für das Handeln der Menschen unterstellt werden, nämlich in Gestalt von Urteilen darüber, wie gehandelt werden soll.

In anderen Bereichsethiken stößt diese Diskrepanz deshalb nicht auf, weil es dort, anders als in der Medizin, keine etablierte Praxis gibt, die ihre Gründe aus der Lebenswelt bezieht. Daher können sich normative Ethiker dort der Arbeit an der Begründung von Urteilen über das moralisch Richtige und Gesollte in dem unbeirrten Glauben widmen, damit Gründe für Handlungen bereitzustellen. Wo das Korrektiv der Lebenswelt fehlt, da kann man sich ungehindert die Welt im Kopf zurechtlegen. Das ist in der Medizinethik anders. Der Anspruch der normativen Medizinethik, Gründe für das ärztliche Handeln bereitzustellen, prallt ab an der Tatsache, dass das ärztliche Handeln seine Gründe aus lebensweltlichen Situationen der medizinischen Betreuung und Begleitung von Menschen bezieht.⁶

Natürlich entgeht diese Diskrepanz auch normativen Ethikern nicht. Aber sie wird von ihnen anders gedeutet, nämlich nicht als eine Diskrepanz zwischen einer im urteilenden Denken konstruierten Ethik einerseits und der lebensweltlichen Orientierung im Handeln andererseits, sondern als ein Problem des Verhältnisses von zwei Arten von ethischer Orientierung, nämlich der normativen Ethik einerseits und einer der ärztlichen Praxis inhärenten Ethik andererseits. Damit stellt sich die Frage, welche der beiden ethischen Orientierungen Vorrang haben soll. Musschenga verweist auf niederländische Kollegen, die der Auffassung sind, „dass vor allem die Intuitionen von Menschen, die in einer Praxis leben und arbeiten, in ein Reflexionsmodell moralischer Argumentation und Aussagen eingebracht werden müssen, da sie eine ‚spezifische moralische Weisheit‘ besitzen.“ Und er zitiert: „If practice is seen as a source for ethics, the experience, insight, and arguments of practitioners form the departure for philosophical ethics.“ Als normativer Ethiker ist Musschenga freilich anderer Meinung. Für ihn gibt es keine hinreichende Rechtfertigung dafür, „dass den moralischen Intuitionen und Überzeugungen von Ausübenden einer Praxis ein spezieller epistemischer Status zuerkannt“ werden sollte. In Fragen der Moral und Ethik hat die normative Ethik den epistemischen Primat. Das gilt auch für das Handeln von Ärztinnen und Ärzten.

Die Blindheit der normativen Ethik in Bezug auf die Lebenswelt kann bei oberflächlicher Betrachtung als Blindheit gegenüber der Empirie erscheinen. Dies klingt in der zitierten Kritik

⁶ Vgl. Anm. 2.

an der „etablierten (medizinischen) Ethik“ an, wonach diese „zu abstrakt, zu allgemein sowie unrealistisch und nicht durchführbar sei und den einzigartigen Merkmalen spezifischer Situationen nicht gerecht würde“. So ist es zu der Meinung gekommen, dass die normative Ethik empirisch zielgenauer gemacht werden muss. Den Weg dorthin sucht man unter derselben Vorgabe, unter der auch die normative Ethik steht, nämlich jener Weichenstellung der philosophischen Aufklärung der Moderne, wonach Erkenntnis die sprachliche Form des Urteils hat. Das schlägt sich im Empirie-Verständnis der empirischen Ethik nieder. Es geht um die (sozial-)wissenschaftlich gesicherte Empirie, für die – als wissenschaftliche – die Sprachform des Urteils konstitutiv ist, nicht um die erlebte Empirie der Lebenswelt, aus der das Handeln seine Gründe bezieht. Entgegen den Erwartungen, die sich mit dieser Art von empirischer Ethik verbinden, kann diese daher gar nichts beitragen zu der Beseitigung des Problems, um das es eigentlich geht, nämlich der Diskrepanz zwischen normativer Ethik und Lebenswelt. Vielmehr orientiert sich diese Art von empirischer Ethik innerhalb der Dichotomie von Sein und Sollen, die die Wirklichkeit charakterisiert, die aus jener Weichenstellung der Aufklärung hervorgegangen ist. Das Sein wird durch die sozialwissenschaftliche Forschung bearbeitet, das Sollen durch die normative Ethik. Innerhalb der Lebenswelt gibt es diese Dichotomie nicht, was sich daran zeigt, dass auch das moralische Handeln seine Gründe aus der Lebenswelt bezieht.⁷ All die sozialwissenschaftlichen Studien, die unter dem Label „Empirische Ethik“ verfasst worden sind und verfasst werden, verfehlen daher ihr Ziel, wenn dieses darin bestehen soll, jene Diskrepanz zwischen der normativen Ethik einerseits und der lebensweltlichen Orientierung des ärztlichen Handelns andererseits zu beseitigen.

Es sei noch das Folgende angemerkt. Musschenga wendet sich dagegen, „dass den moralischen Intuitionen und Überzeugungen von Ausübenden einer Praxis ein spezieller epistemischer Status zuerkannt“ wird. Er ist offensichtlich der Meinung, dass es beim ärztlichen Ethos um Moral geht. Das ist ersichtlich nicht der Fall. Wie ich in einem anderen Text verdeutlicht habe⁸, ist die Moral zwischen zwei Polen aufgespannt. Der eine Pol ist die Lebenswelt im Sinne der erlebten Welt. Aus ihr bezieht das moralische Handeln seine Gründe. Der andere Pol ist eine *moral community*, die sich über die Beurteilung von Handeln und Verhalten als moralisch gut, schlecht, richtig, falsch, geboten, verboten usw. verständigt.⁹ Der Handelnde befindet sich am

⁷ Vgl. Anm. 5, S. 1-5.

⁸ Vgl. Anm. 7.

⁹ Grundlegend ist dabei die evaluative Wertung als gut oder schlecht. Was man als deontische Wertung bezeichnet, ist sekundär hieraus abgeleitet. Vgl. hierzu Johannes Fischer, Die Bedeutung von Emotionen für Moral und Ethik, <http://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2019/01/Moral-und-Emotionen5.pdf>

ersten Pol. Er hat die lebensweltliche Situation vor Augen, zu der er sich mit seinem Handeln verhalten muss. Im Unterschied zu ihm hat die *moral community* beides vor Augen, einerseits die lebensweltliche Situation und andererseits die Handlung, und sie beurteilt die Handlung im Hinblick darauf, ob mit ihr das realisiert wird, wozu die lebensweltliche Situation Grund gibt. Beim ärztlichen Ethos gibt es den Pol der *moral community* nicht. Hier gibt es vielmehr nur den ersten Pol, nämlich die Perspektive des handelnden Arztes. In medizinethischen Kommissionen geht es nicht darum, das Handeln von Ärzten als moralisch gut oder schlecht zu bewerten. Es geht vielmehr darum, sich in Anbetracht gegebener Situation in die Perspektive handelnder Ärzte zu versetzen, um herauszufinden, was in diesen Situationen das Richtige ist. Daher sind auch arztethische Richtlinien etwas anderes als moralische Normen. Sie sind *ethische Standards*, die im Unterschied zu moralischen Normen durch Übereinkunft festgelegt werden. Dies macht noch einmal deutlich, wie abwegig der Anspruch der moralzentrierten philosophischen normativen Ethik ist, für das Handeln von Ärztinnen und Ärzten zuständig zu sein.

Zum Schluss: Der Ausdruck ‚empirische Ethik‘ wird nicht einheitlich, sondern äquivok verwendet. So gibt es im Suhrkamp-Verlag ein Buch mit dem Titel „Empirische Ethik“¹⁰, das sich im interdisziplinären Verbund von Psychologie, Neurobiologie und Philosophie mit Fragen wie jener befasst, welche Rolle Emotionen und Intuitionen im moralischen Denken spielen. Was das mit Ethik zu tun hat, bleibt das Geheimnis der Herausgeber.

¹⁰ Norbert Paulo und Jan Christoph Bublitz (Hg.), *Empirische Ethik*, Frankfurt, 2020.