

Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik?

Georg Marckmann

Kaum ein anderer Ansatz hat die medizinethischen Debatten in ähnlicher Weise geprägt wie die „Prinzipien der biomedizinischen Ethik“ von Tom L. Beauchamp und James F. Childress. In ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ stellten die beiden amerikanischen Autoren 1979 zum ersten Mal vier ethische Prinzipien vor, die als Ausgangspunkt für die Behandlung moralischer Probleme im Bereich der Biomedizin dienen sollen. Die Prinzipien Respekt der Autonomie des Patienten (*respect for autonomy*), Schadensvermeidung (*nonmaleficence*), Fürsorge (*beneficence*) und Gerechtigkeit (*justice*) haben nicht nur im angloamerikanischen, sondern auch im deutschsprachigen Raum eine erstaunliche Popularität erlangt. Sie werden für die systematische Bearbeitung ethischer Problemfelder ebenso herangezogen wie für die Beurteilung moralischer Dilemmata im klinischen Alltag. Anhand eines Fallbeispiels sollen die vier medizinethischen Prinzipien vorgestellt und in ihrer Anwendung erläutert werden.

Von der Klinik zur ethischen Theorie

Beginnen wir mit einem hypothetischen Fall. Eine 75jährige Frau mit einer unauffällig fortschreitenden Demenz vom Alzheimer Typ entwickelt eine schwere Pneumonie. Ihre Tochter besteht darauf, daß eine Krankenhauseinweisung zur stationären Antibiotikatherapie „sinnlos“ sei. Ihre Mutter würde solche „heroischen“ Maßnahmen in ihrem jetzigen Zustand sicher ablehnen. In dieser Situation stellt sich nun die Frage: Ist es ethisch legitim oder vielleicht sogar geboten, die voraussichtlich lebensrettende Behandlung der Pneumonie zu unterlassen? Unser medizinisches Wissen sagt uns nur, was wir tun *können* (nämlich eine Antibiotikatherapie durchführen), nicht aber, was wir tun *sollen*. Hierbei handelt es sich um eine *ethische* Fragestellung, bei der wir auf moralische Normen und Überzeugungen zurückgreifen müssen.

In den meisten Fällen finden wir ausreichend Orientierung in der traditionellen ärztlichen Ethik bzw. in unserer Alltagsmoral. Oft werden wir jedoch auch mit Entscheidungskonflikten kon-

frontiert, in denen unsere moralischen Überzeugungen unsicher oder gar widersprüchlich sind. In diesen Fällen ist die *ethische Theorie* gefordert, die versucht, allgemeine Kriterien für richtig und falsch, gut und schlecht bzw. gerecht und ungerecht aufzustellen. Leider konkurrieren mehrere ethische Theorien (wie bspw. die utilitaristische, kantische oder vertragstheoretische Ethik) mit dem Anspruch, die allein gültige Begründung moralisch richtigen Handelns zu liefern. Auch in mehreren Jahrhunderten moralphilosophischer Debatten konnte sich keine dieser Theorien durchsetzen.

Rekonstruierte Alltagsmoral statt umfassender Moraltheorie

Vor dem Hintergrund dieser ungelösten Kontroversen entwickelten Beauchamp und Childress ihren Ansatz in der Medizinethik. Wir können bei den moralischen Dilemmata im Bereich der Medizin nicht warten, bis die moralphilosophischen Grundlagenprobleme gelöst sind, bis sich eine einheitliche Begründung moralischer Urteile durchgesetzt hat. Die Entscheidung beispielsweise, ob die an einer Demenz erkrankte Patientin zur Antibiotikatherapie stationär eingewiesen werden soll, kann nicht aufgeschoben werden, sondern muß binnen kürzester Zeit getroffen werden. Beauchamp und Childress schlagen deshalb vor, den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip aufzugeben und sich stattdessen an weithin konsensfähigen „mittleren“ Prinzipien zu orientieren, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. Diese Prinzipien sollen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen anknüpfen, die in einem Prozeß der Interpretation, Konkretisierung und Gewichtung rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden. Man spricht deshalb auch von einem *rekonstruktiven oder kohärentistischen* Begründungsansatz. Unsere Alltagsüberzeugungen sind dabei nicht nur der Ausgangspunkt für die ethische Theoriebildung, sondern auch Prüfstein und notwendiges Korrektiv. Es besteht somit eine Wechselbeziehung zwischen ethischer Theorie und moralischer Praxis. Die ethische Theorie

bietet Orientierung in der Praxis, gleichzeitig muß sich die ethische Theorie in der Praxis bewähren. Bei den mittleren Prinzipien handelt es sich um *prima-facie* gültige Prinzipien, die nur dann verpflichtend sind, solange sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren. Sie bilden allgemeine ethische Orientierungen, die im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Für die Anwendung müssen die Prinzipien deshalb konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden. Die Vorteile des Ansatzes liegen auf der Hand: Trotz ungelöster moralphilosophischer Grundlagenfragen wird eine Konsensfindung auf der Ebene mittlerer Prinzipien möglich, da diese auf unseren moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen vereinbar sind. Zugleich wird die Transparenz moralischer Kontroversen erhöht, da sie als Konflikte zwischen verschiedenen gewichteten Prinzipien dargestellt werden können. Eine klare Benennung des ethischen Konfliktes kann oft der erste Schritt auf dem Weg zu einer Konfliktlösung sein.

Die vier medizinethischen Prinzipien

Beauchamp und Childress rekonstruieren vier Prinzipien für den biomedizinischen Bereich, die inzwischen als *die* klassischen Prinzipien der Medizinethik gelten. Das erste und vor allem im Bereich der amerikanischen Medizinethik dominierende Prinzip ist der *Respekt der Autonomie bzw. Selbstbestimmung* des Patienten. Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person das Recht zu, seine eigenen Ansichten zu haben, seine eigenen Entscheidungen zu fällen und Handlungen zu vollziehen, die den eigenen Wertvorstellungen entsprechen. Dies beinhaltet nicht nur negative Freiheitsrechte (Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflußnahme), sondern auch ein positives Recht auf Förderungen der Entscheidungsfähigkeit. Folglich hat der Arzt nicht nur die (negative) Verpflichtung, die Entscheidungen des Patienten zu respektieren, sondern auch die (positive) Verpflichtung, den Entscheidungsprozeß selbst z. B. durch eine sorgfältige, auf die Bedürfnisse des Patienten

Redaktion:
Prof. Dr. med. Dr.
phil. Urban Wiesing,
Inhaber des Lehrstuhls für Ethik in der
Medizin an der Medizinischen Fakultät der
Universität Tübingen
Telefon
(0 70 71) 2 97 80 15

zugeschnittene Aufklärung zu unterstützen.

Das Autonomieprinzip findet seinen Ausdruck in der Forderung des informierten Einverständnisses (*informed consent*). Jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme muß durch die ausdrückliche Einwilligung des Patienten legitimiert werden. Ein informiertes Einverständnis liegt vor, wenn der Patient ausreichend aufgeklärt worden ist, die Aufklärung verstanden hat, freiwillig entscheidet, dabei entscheidungskompetent ist und schließlich seine Zustimmung gibt. Das Autonomieprinzip richtet sich gegen die wohlwollende ärztliche Bevormundung – im Sinne eines Paternalismus – und fordert die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten.

Das Prinzip der *Schadensvermeidung* (*nonmaleficence*) greift den traditionellen ärztlichen Grundsatz des „*primum nil nocere*“ auf: Der Arzt soll dem Patienten keinen Schaden zufügen. Dies erscheint zunächst selbstverständlich. Bei einer unheilbaren Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium kann sich jedoch beispielsweise die Frage stellen, ob eine weitere Chemotherapie dem Patienten nicht eher schadet als nützt und damit unterlassen werden sollte.

Gerade bei den zum Teil sehr eingreifenden Behandlungsverfahren der modernen Medizin (bspw. Chemotherapie oder Bestrahlung) gerät das Prinzip der Schadensvermeidung häufig in Konflikt mit dem dritten Prinzip, dem *Prinzip der Fürsorge* (*beneficence*): Der Arzt soll das Wohl des Patienten fördern und dem Patienten nützen. Dies umfaßt die Verpflichtung des Arztes, Krankheiten zu behandeln oder (präventiv) zu vermeiden, Beschwerden zu lindern und das Wohlergehen des Patienten zu befördern. Während das Prinzip des Nichtschadens fordert, schädigende Eingriffe zu *unterlassen*, verpflichtet das Fürsorgeprinzip den Arzt zu *aktivem Handeln*. Auch die traditionelle ärztliche Ethik hat das Fürsorgeprinzip in ähnlicher Form artikuliert: *Salus aegroti suprema lex*. Das Wohl des Kranken ist in dieser Maxime jedoch *oberstes* Gebot ärztlichen Handelns, während das Fürsorgeprinzip im Ansatz von Beauchamp und Childress zunächst gleichberechtigt neben den

anderen Prinzipien steht. Oft kann der Arzt dem Patienten jedoch nur nützen, d. h. eine effektive Therapie anbieten, wenn er gleichzeitig ein Schadensrisiko in Form unerwünschter Wirkungen in Kauf nimmt. Dies erfordert im Einzelfall eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden unter Berücksichtigung der individuellen Präferenzen des Patienten.

Als viertes Prinzip fordert das *Prinzip der Gerechtigkeit* eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Besonders das Gerechtigkeitsprinzip bedarf bei der Anwendung einer weiteren Interpretation und Konkretisierung. Die Relevanz von Gerechtigkeitserwägungen ist eigentlich unbestritten und fast jeder würde wohl dem folgendem formalen Gerechtigkeitsprinzip zustimmen können: Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, und ungleiche Fälle sollten nur insofern ungleich behandelt werden, als sie *moralisch relevante* Unterschiede aufweisen. Dabei stellt sich dann jedoch sofort die Frage: Worin bestehen denn diese moralisch relevanten Unterschiede? Mit anderen Worten: welche Kriterien sind für eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen ausschlaggebend?

Von der ethischen Theorie zur Klinik: Anwendung der vier Prinzipien

Die Anwendung der vier Prinzipien auf ethische Konfliktfälle erfolgt sinnvoller Weise in zwei Schritten. Zunächst wird jedes Prinzip im Hinblick auf die spezifische Situation des Falles interpretiert (*Interpretation*). Anschließend wird überprüft, ob die aus den einzelnen Prinzipien resultierenden Verpflichtungen übereinstimmen oder in Konflikt zueinander stehen. Wie schon erwähnt, haben die Prinzipien keine absolute Geltung, sondern müssen im Konfliktfall gegeneinander abgewogen werden (*Gewichtung*). So kann beispielsweise eine begrenzte Schädigung des Patienten geboten sein, um einen größeren Schaden zu verhindern. Auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird durch die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge eingeschränkt. Es ist jedoch umstritten, inwieweit bei paternalistischen Eingriffen die Autonomie des Patienten seinem Wohl untergeordnet werden darf.

Eine Rangordnung der Prinzipien wird von Beauchamp und Childress bewußt nicht vorgegeben. Die Abwägung der Prinzipien bleibt vielmehr der Entscheidung im Einzelfall überlassen. Ethische Probleme können sich dabei sowohl bei der fallbezogenen Interpretation als auch bei der relativen Gewichtung der Prinzipien manifestieren.

Fallbezogene Interpretation

Versuchen wir nun, die Prinzipien auf unseren Fall anzuwenden. Nach dem *Prinzip der Selbstbestimmung* sollte sich die Entscheidung über die Durchführung der stationären Antibiotikatherapie am Willen der Patientin orientieren. Da die Patientin jedoch an einer fortgeschrittenen Demenz leidet, bedarf das Autonomieprinzip einer situationsspezifischen *Interpretation*: Was kann Respekt vor der Selbstbestimmung bei einer Patientin mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten bedeuten? Ab welcher Ausprägung der Demenz ist es gerechtfertigt, der Patientin – zu ihrem eigenen Wohl – die Entscheidung abzunehmen? Sollen dann die Angehörigen – in diesem Fall die Tochter – stellvertretend für die Patientin entscheiden? Aber: Können wir sicher sein, daß die Tochter im besten Interesse der kranken Mutter entscheidet und nicht im (vielleicht verständlichen) Eigeninteresse auf ein baldiges Ende der belastenden Betreuung? Gibt es andere verlässliche Hinweise auf den mutmaßlichen Willen der Patientin? Alternativ könnte die Entscheidung auch an die behandelnden Ärzte delegiert werden, die auf der Basis ihrer klinischen Erfahrung versuchen, die Vorgehensweise auszuwählen, die der Patientin voraussichtlich am meisten nützen wird.

Auch die *Prinzipien der Schadensvermeidung* und *Fürsorge* müssen für die Besonderheiten des Falles konkretisiert werden. Generell erfordert die ärztliche Fürsorgepflicht die Durchführung einer voraussichtlich lebensrettenden Therapie, da dies dem Patienten nützt und sein Wohl befördert. Trifft dies jedoch auch bei Vorliegen einer ausgeprägten Demenz zu? Würde nicht die Antibiotikatherapie unter Umständen die Leiden der Patientin nur verlängern und ihr damit mehr schaden

als nützen? In diesem Falle würde das Prinzip der Schadensvermeidung erfordern, die Behandlung der Pneumonie zu unterlassen. Auf der anderen Seite ist es auch denkbar, daß die Patientin trotz ihrer kognitiven Einschränkungen ein relativ zufriedenes Leben führen kann und damit durchaus einen Nutzen von der Antibiotikabehandlung hätte. Diese Überlegungen zeigen, wie sehr die Interpretation der Prinzipien von den spezifischen Eigenschaften des Falles abhängt.

Aus der Perspektive der *Gerechtigkeit* wäre zu überlegen, ob die Patientin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch oder gar ein Recht auf eine stationäre Antibiotikatherapie hat. Hierbei könnten Fragen wie die Gleichbehandlung von Patienten in einer ähnlichen Situation und alternative Verwendungsmöglichkeiten der Mittel eine Rolle spielen. Auch hier läßt sich nicht direkt aus dem Prinzip der Gerechtigkeit ableiten, ob es beispielsweise ungerecht wäre, der Patientin die Antibiotikatherapie vorzuenthalten.

Auf den ersten Blick mag es enttäuschen, daß man aus den vier Prinzipien keine direkte Lösung des Falles ableiten kann. Es sollte jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, daß wir mit Hilfe der vier Prinzipien zwei wichtige ethische Fragestellungen herausarbeiten konnten: (1) Wie können wir der Selbstbestimmung der Patientin unter der Bedingung der fortgeschrittenen Demenz am besten gerecht werden? (2) Wird eine stationäre Antibiotikatherapie der Patientin eher nutzen oder schaden? Und: Mit der situationsbezogenen Interpretation der Prinzipien befinden wir uns mitten in der ethischen Falldiskussion und haben damit schon ein gutes Stück Arbeit für die Lösung des Falles geleistet.

Gewichtung im Konfliktfall

Um den zweiten Schritt der Prinzipienanwendung, die fallbezogene Gewichtung, zu erläutern, müssen wir unseren Fall weiter konkretisieren. Nehmen wir einmal an, die situationsspezifische Interpretation der Prinzipien hätte folgendes ergeben: Nicht nur die Einschätzung der Tochter, sondern auch frühere Aufzeichnungen der Patientin

lassen darauf schließen, daß ein Behandlungsverzicht mit größter Wahrscheinlichkeit dem mutmaßlichen Willen der Patientin entspricht. Da die Patientin unter ihrem Zustand offenbar jedoch kaum leidet und ein zwar eingeschränktes, aber dennoch einigermaßen zufriedenes Leben führt – so weit sich dies aus der Außenperspektive überhaupt beurteilen läßt –, spricht das Prinzip der Fürsorge eher *für* die Durchführung der Antibiotikatherapie. Eine Durchführung der lebensrettenden Therapie würde der Patientin nützen und ihr Wohl befördern. Den resultierenden ethischen Konflikt können wir mit Hilfe der Prinzipien klar benennen: Um den (mutmaßlichen) Willen, d. h. die Selbstbestimmung der Patientin zu respektieren, müßten wir auf die Antibiotikatherapie verzichten. Dem entgegen steht die ärztliche Fürsorgepflicht, die eine Durchführung der lebensrettenden Therapie erfordert. Wie sollen wir diesen Konflikt lösen?

Da Beauchamp und Childress keine hierarchische Ordnung oder relative Gewichtung der Prinzipien vorgeben, kann aus ihrem Ansatz keine definitive Lösung des Konfliktes abgeleitet werden. Erforderlich ist vielmehr eine fallbezogene, gut *begründete Abwägung* der Prinzipien. Die Gewichtung sollte dabei nicht „aus dem Bauch heraus“ erfolgen, sondern auf vernünftig einsehbaren Argumenten beruhen, die mit unseren moralischen Überzeugungen übereinstimmen. Gerade wenn sich ethische Konflikte nicht vollständig auflösen lassen, ist es wichtig, die gefällte Entscheidung mit Gründen und Argumenten für andere transparent und nachvollziehbar zu machen.

Im vorliegenden Fall könnte man beispielsweise argumentieren, daß angesichts der weit fortgeschrittenen Demenz ohne Aussicht auf Besserung und der verlässlichen Hinweise auf den mutmaßlichen Willen der Patientin die Selbstbestimmung der Patientin höher zu gewichten sei als die Fürsorgepflicht. Mit Bezug auf die spezifischen Eigenschaften des Falles hätten wir damit Argumente für einen Behandlungsverzicht gewonnen. Die Abwägung könnte jedoch auch anders ausfallen. Nehmen wir einmal an, wir wären der Auffassung, menschliches Leben sei – sofern uns dies irgendwie möglich ist – unter allen Bedingungen zu erhalten.

Auf der Grundlage dieser ethischen Vorzugsregel könnten wir begründen, die Behandlung durchzuführen, zumal sich der aktuelle Wille der Patientin nicht eindeutig bestimmen läßt.

Abschließende Kritik

Obwohl Beauchamp und Childress einen großen Teil ihres Buches der inhaltlichen Konkretisierung der vier Prinzipien widmen, wird die Interpretation für den Einzelfall nicht vorweggenommen. Die Prinzipien bilden vielmehr *allgemeine ethische Orientierungen*, die – wie in unserem Fall deutlich wurde – bei der Anwendung einen beträchtlichen Beurteilungsspielraum zulassen. Dies ist Stärke und Schwäche des Ansatzes zugleich. Auf der einen Seite bleibt er offen für verschiedene moralische Grundüberzeugungen und die Besonderheiten des Einzelfalles, was sicher wesentlich zur Popularität des Ansatzes beigetragen hat. Vor allem bei Konfliktfällen bieten die Prinzipien Interpretationsspielräume für situationspezifische Vermittlungen und Kompromisse.

Auf der anderen Seite wird diese Flexibilität mit einem eingeschränkten Problemlösungspotential erkauft. Wie unser Fall beispielhaft zeigen konnte, lassen sich aus dem Ansatz selbst oft keine definitiven Konfliktlösungen ableiten. Diese müssen vielmehr auf der Basis der spezifischen Eigenschaften des Falles und den moralischen Überzeugungen der beteiligten Personen jeweils neu herausgearbeitet werden. Damit werden intuitive Urteile und subjektive Abwägungen genau dort unvermeidbar, wo wir eigentlich auf die Hilfe der ethischen Theorie besonders angewiesen wären: in schwierigen moralischen Konfliktfällen.

Es ist zudem fraglich, ob nicht gerade unsere moralischen Grundüberzeugungen entscheidenden Einfluß auf die Gewichtung der Prinzipien haben. Dies sei noch einmal an unserem Fallbeispiel erläutert. Wer den Schutz und Erhalt menschlichen Lebens als oberstes moralisches Gebot anerkennt, wird eher zur Durchführung der Pneumoniebehandlung neigen als jemand, für den – im Sinne einer konsequentialistischen Ethik – der Nutzen der Behandlung für die Patientin im Vordergrund steht. Der

Konsens bei den mittleren Prinzipien könnte sich damit als vordergründig und letztlich trügerisch erweisen.

Dennoch: Für den Umgang mit ethischen Konfliktsituationen im Bereich der Medizin stellen die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress zweifelsohne ein sehr brauchbares Instrument dar. Zunächst helfen die vier Prinzipien als Suchmatrix bei der *Identifizierung* ethischer Konflikte im klinischen Alltag. Darüber hinaus erlauben sie eine *Strukturierung der Problembearbeitung*, die vor allem in komplexen Fallkonstellationen eine schrittweise Annäherung an eine Problemlösung erleichtert. Auch die *Konsensfindung* wird unterstützt, da die Prinzipien an weithin geteilte Moralvor-

stellungen und die traditionelle ärztliche Ethik anknüpfen. Tatsächlich erfreuen sich die vier Prinzipien in unserer von Wertpluralismus und Religionsvielfalt gekennzeichneten Gesellschaft einer überraschend breiten Zustimmung. Nicht zuletzt kann die *Transparenz* ethischer Konfliktsituationen erhöht werden, indem diese als Konflikte zwischen unterschiedlich gewichteten Prinzipien dargestellt werden können. Einen leicht anwendbaren Algorithmus zur Lösung ethischer Probleme sucht man hingegen vergeblich. Dieser wäre freilich weder der Komplexität klinisch-ethischer Konfliktsituationen noch der Vielschichtigkeit unserer moralischen Überzeugungen angemessen.

Literatur:

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford: Oxford University Press 1994.
Birnbacher D. Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Ach JS, Gaidt A, (Hg.) Herausforderung der Bioethik. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog; 1993. S. 45–70.

Anschrift des Autors

Dr. med. Georg Marckmann, M.P.H.
Universität Tübingen
Lehrstuhl für Ethik in der Medizin
Keplerstraße 15
72074 Tübingen
E-Mail:
georg.marckmann@uni-tuebingen.de

Neue Bücher zur Medizinethik

Ach, J. S., Anderheiden, M., Quante, M., Ethik der Organtransplantation. Harald Fischer Verlag, Erlangen 2000, geb. DM 58,-

Bartram, C. R., Beckmann, J. P., Breyer, F., Fey, G., Fonatsch, C., Irrgang, B., Taupitz, J., Seel, K.-M., Thiele, F., Humangenetische Diagnostik. Wissenschaftliche Grundlagen und gesellschaftliche Konsequenzen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2000, geb. DM 98,-

Bioethik als Tabu? Toleranz und ihre Grenzen. Hg. v. D. Birnbacher mit Beiträgen von G. Patzig, A. Müller, C. Kaminsky, G. Wunder u. N. Hoerster. Lit Verlag, Münster-Hamburg-London, br. DM 19,80

Ethik in Medizin. Ein Reader. Hg. v. U. Wiesing unter Mitarbeit von J. S. Ach, M. Bormuth u. G.

Marckmann. Philipp Reclam jun., Stuttgart 2000, kt. DM 16,-

„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Hrg. v. A. Frewer, A. u. C. Eickhoff. Campus-Verlag, Frankfurt/Main 2000, kt. DM 78,-

Guter Rat ist teuer. Was kostet die Humangenetik, was nutzt sie? Hg. v. J. Schmidtke. Jahrbuch des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der BRD. Bd. 12. Urban & Fischer, München 2000, br. DM 78,-

Lanzerath, D., Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Alber, Freiburg/Br. 2000, geb. DM 68,-
Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Nieder-

landen. Hg. v. B. Gordijn u. H. ten Have. Frommann-Holzboog, Stuttgart (Bad Cannstatt) 2000, br. ca. DM 98,-

May, Arnd T. Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige. Lit Verlag, Münster-Hamburg-London 2000, br. DM 59,80

Hirntod als Todeskriterium. Hrg. v. H.-J. Firnkorn. Schattauer, Stuttgart 2000, kt. DM 59,-

Dörner, K., Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin. Schattauer, Stuttgart 2000, geb. DM 69,-

Maier, B., Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2000, geb. DM 79,-