

Kapitel des Buches (169–199) lotet sie die ontologischen Konsequenzen ihres Ansatzes aus. Sie geht dabei von einer Kritik und schlussendlich einer Ablehnung des Animalismus aus. Menschen, so schließt sie, sind nicht wesentlich Tiere, sondern Personen im Sinne von PLV. Sie bietet nun zwei Wege an, diesen Umstand auszudeuten: Man könnte Lynne Baker folgen und argumentieren, dass die Person in einer Konstitutionsrelation zum Animalismus steht. Dies wird jedoch von Sch. abgelehnt. Als Alternative zu Animalismus und Konstitutionstheorie schlägt sie vor, dass wir auf die metaphysisch-aufgeladene These der numerischen Identität einer Substanz verzichten sollten. Vielmehr sollten wir uns selbst als biologisch-psychologisch-soziale Loci von Interaktion verstehen.

Meiner Meinung nach verschiebt dies allerdings nur die Frage nach der Ontologie der Person. Freilich wird man Sch. insoweit zustimmen können, dass Menschen keine endurierenden Substanzen sind. Aber daraus folgt nicht, dass wir die Frage nach der Ontologie der Person nicht mehr stellen sollten. In den vergangenen Jahren sind viele verschiedene Ansätze diskutiert worden, wie die Ontologie von Personen in einem Weltbild modelliert werden kann, das keine Substanzen enthält. So könnte Sch. beispielsweise in der Prozessphilosophie Whiteheads (Siakel, *The Dynamic Process of Being (a Person)*, 2014) eine Verbündete in der Auffassung finden, dass die lebensweltlichen Relationen, die sie im Rahmen des PLV beschreibt, die eigentliche Ontologie der Welt beschreiben.

Mit dem vorliegenden Werk hat Marya Schechtman einen aufschlussreich argumentierten Beitrag zur Philosophie personaler Identität vorgelegt, der in den kommenden Jahren einen festen Platz in der Debatte haben wird. Sch.s über weite Strecken klarer und konziser Stil trägt dazu bei, dieses Buch zu einer spannenden philosophischen Lektüre zu machen.

L. JASKOLLA

BORMANN, FRANZ-JOSEF/WETZSTEIN, VERENA (HGG.), *Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik*. Berlin/Boston: de Gruyter 2014. XIII/815 S., ISBN 978-3-11-031770-1.

Das vorliegende Buch basiert auf einer Tagung, die anlässlich des 60. Geburtstages des Freiburger Moraltheologen Eberhard Schockenhoff unter dem Titel „Nach bestem Wissen und Gewissen. Gewissensentscheidung und Gewissensfreiheit im Kontext medizinischer Ethik“ (14.–16. Juni 2013) veranstaltet wurde. Gewissensfragen stellen sich stets dort, wo es um Leben geht oder wo schwerwiegende, zum Teil unumkehrbare Entscheidungen anstehen, wie dies in der ärztlichen oder pflegerischen Praxis nicht selten der Fall ist. Ethisch-rechtliche Normvorgaben, berufliche Standards wie auch gesetzlich gesicherte Patientenautonomie stellen zwar unentbehrliche Bezugsgrößen dar, ersetzen aber nicht einfach die Frage, wie konkret im Einzelfall hier und jetzt zu entscheiden ist. So klar dies für den Bereich von Einzelentscheidungen erscheint, bedeutet das noch nicht, dass die dabei anstehenden Probleme als „Gewissensfrage“ im Sinne einer innerlich bindenden, an der moralischen Grunddifferenz von „gut“ und „böse“ orientierten und für die sittliche Identität konstitutiven Entscheidung wahrgenommen und verstanden werden. Grund dafür sind die strukturellen Veränderungen, denen das moderne Gesundheitswesen insgesamt ausgesetzt ist; die Einbindung aller medizinischen Handlungen in hochkomplexe Entscheidungsstrukturen lässt eher nach „Verantwortung“ rufen als nach „Gewissen“ oder gar „Gewissensentscheidung“. Dagegen scheint sich mit der „Pluralisierung des Wertempfindens“ (VII) eine gesellschaftliche Erwartungs- und Anspruchshaltung gegenüber der Medizin zu entwickeln, Dienste anzubieten oder Leistungen vorzuhalten, die das ärztliche wie pflegerische Selbstverständnis verstärkt anfragen beziehungsweise ihm widersprechen. Unter dem Stichwort „Gewissensvorbehalt“ wird seit einiger Zeit von einzelnen Personen wie auch von Institutionen, insbesondere von religiös oder weltanschaulich orientierten Trägern, ein Widerspruch zu diesen Tendenzen geltend gemacht: Dies ist vor allem im anglo-amerikanischen Raum der Fall. Aber nicht nur diese Entwicklungen, sondern auch die systemischen Veränderungen im Gesundheitswesen selbst lassen den Raum, in dem das Gewissen tätig sein kann, schrumpfen und das „forum internum“ zu einer geradezu ortlosen Größe werden. Dies alles ist Grund genug, in einer umfassenden und zugleich interdisziplinären Weise das Gewissensphänomen zu analysieren und folgenden Fragen nachzugehen: „Wie wirken

sich Verwissenschaftlichung, Verrechtlichung und Ökonomisierung auf die individuellen Freiräume im Entscheidungsverhalten von Ärzten, Pflegenden und Patienten aus? Auf welchen Gebieten medizinischer Leistungen sind vermehrt Gewissensentscheidungen zu treffen, und woran sollen sie sich orientieren? Welche philosophischen Hintergründe sind bei einer Berufung auf eine persönliche Gewissensentscheidung zu beachten? Wie steht es um den rechtlichen Schutz der Gewissensfreiheit? Und welche ordnungspolitischen und organisatorischen Voraussetzungen sind notwendig, um diesen Schutz auch institutionell abzusichern?“

Für die Publikation der Tagung wurden die 24 Beiträge noch um 19 weitere ergänzt, so dass sich eine leicht veränderte Strukturierung nahelegte. Am Anfang stehen einige „Aktuelle Herausforderungen“ (I. Teil), wobei neben Medizinethik, Ökonomie und Recht auch die Entwicklungspsychologie (*Gertrud Nummer-Winkler*: „Entwicklungspsychologischer Blick auf reife Urteilsfähigkeit und Gewissensentscheidungen“) und die Soziologie (*Helmut Thome/Sylvia Terpe*: „Theoretische Überlegungen zu einer Soziologie des Gewissens und empirische Beispiele aus dem Bereich der Medizin“) zur Sprache kommen. Der II. Teil bietet einen den heutigen Forschungsstand widerspiegelnden Überblick über „philosophische und theologische Grundlagen“ des Gewissensbegriffs. Von dort aus richtet sich der Blick im III. Teil auf „Sensible Handlungsfelder“, wie sie Pränataldiagnostik, Neonatologie, Patientenaufklärung, Allokation knapper Güter, Geriatrie, Wachkoma, Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid, Therapiebegrenzung am Lebensende sowie postmortale Organspende und Zumutbarkeit stellvertretender elterlicher Entscheidung darstellen. Der IV. Teil „Akteurspezifische Perspektiven“ verbindet aktuelle Herausforderungen und Handlungsfelder mit der Frage nach den unterschiedlichen individuellen wie institutionellen Verantwortlichkeiten, die es nicht nur „vor“ dem Gewissen, sondern auch „für“ das Gewissen als sittlicher Instanz wahrzunehmen gilt. Dabei geht es „u. a. auch um die Frage, was (kirchliche) Träger von Gesundheitseinrichtungen dazu beitragen können, um die Gewissensfreiheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirksam zu schützen“ (VII f). Nicht ohne Grund kommen daher in etlichen Beiträgen die aktuelle Problematik der Notfallkontrazeption und die Stellungnahme des damaligen Erzbischofs von Köln, Kardinal Joachim Meisner, zu Anfang des Jahres 2013 zur Sprache.

Angesichts des mit 815 Seiten geradezu enzyklopädischen Charakters dieses Buches können nur einige wenige gedankliche Linien hervorgehoben werden. Die rasch wachsenden biotechnischen Eingriffsmöglichkeiten gerade am Anfang des menschlichen Lebens, wie sie *Günter Rager* in seinem Beitrag „Das ärztliche Gewissen in der Medizinethik: Seine Herausforderungen heute“ beschreibt, bedingen in den letzten Jahren „eine Inflation von Ethikkommissionen“ (37), in denen Richtlinien mit gesellschafts- und rechtspolitischer Relevanz entwickelt werden. Woran aber, so fragt Rager kritisch, „soll sich der praktisch tätige Arzt orientieren, wenn selbst die obersten medizinethischen Gremien uneins sind? Der Arzt steht unter dem Druck gesellschaftlicher, politischer und wirtschaftlicher Interessen. Er ist eingeschränkt in seinem Handlungsspielraum durch Gesetze, die oft nicht die ethischen Prinzipien, sondern die Meinung der Mehrheit der Bevölkerung repräsentieren. So bleibt ihm nichts anderes übrig, als sich selbst auf dem Feld der Ethik weiterzubilden und seinem Gewissen zu folgen. Von der Gesellschaft aber wäre zu erwarten, dass sie begründete Gewissensentscheide des Arztes respektiert“ (37). Genau dies kann zu Spannungen zwischen „personal beliefs“ und „professional duties“ führen, wie sie *Walter Schaupp* im Hinblick auf den anglo-amerikanischen Raum beschreibt („Zwischen *personal beliefs* und *professional duties*: Weltanschaulich-religiöser Pluralismus als neue Herausforderung für das ärztliche Gewissen“). Schon die Wahrnehmung des Konflikts ist je nach Position konträr bestimmt. Einerseits wird „eine zunehmend anti-religiöse und kirchenfeindliche Stimmung in der Gesellschaft“ beklagt, „die es für Christinnen und Christen immer schwieriger mache, ihre Berufe als Ärzte, Pflegende oder Apotheker ohne Wissensnot auszuüben“ (4). Andererseits wird davor gewarnt, „dass zu große Toleranz gegenüber Wissensvorbehalten zu einer bedenklichen Einschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen in den USA führen würde, wodurch die Rechte von Patientinnen und Patienten verletzt würden. Religiös gebundene Individuen und Gruppen hätten in den letzten Jahren im US-amerikanischen

Gesundheitssystem eine beachtliche *gate keeper*-Funktion gewonnen“ (5). Schaupp beschreibt zunächst die faktischen Entwicklungen vor allem in den USA, wo es zu einer beträchtlichen Ausweitung von Wissensvorbehalten gekommen ist: a) Ein Wissensvorbehalt wird nicht mehr nur von Ärzten geltend gemacht, Angehörige von immer mehr Berufsgruppen (von Apothekern bis hin zu Krankenwagenfahrern und Studierenden der Medizin) nehmen ihn für sich in Anspruch; b) Ausweitung der Leistungen, für die ein solcher Einspruch erhoben wird: War im Jahr 1973 nur für Abtreibung und Sterilisation dieses Recht gesetzlich verankert, ist nun der „Einspruchskatalog“ fast unüberschaubar geworden (Abschalten lebensverlängernder Maßnahmen, terminale Sedierung, Einstellung künstlicher Ernährung, Aushändigung psychotroper Substanzen und Schmerzmittel, Mitarbeit in Familienberatungszentren, künstliche Empfängnisverhütung für unverheiratete Frauen, künstliche Reproduktionstechniken für lesbische Paare, Beratung und Sexualtherapie für homosexuelle Paare, Aufklärung über genetische Tests); c) gewissensbedingte Vorbehalte zunehmend auch gegen indirekte Formen von Mitwirkung; d) Ansteigen von Wissensvorbehalten, die von Trägerseite beziehungsweise Institutionen im Gesundheitswesen geltend gemacht werden (vgl. 6 f.). Da, anders als im europäischen System, in den USA gesundheitsdienstliche Leistungen viel stärker von privaten Anbietern, die vielfach in konfessioneller Hand sind, vorgehalten werden (vgl. 8), sind gegenüber einem „*conscience absolutism*“ Grenzziehungen notwendig, die an den fundamentalen Rechtsgütern orientiert sind, wie sie allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von ihrer weltanschaulichen Überzeugung gebühren. Daher ist zwischen legitimer „*objection*“, dem Recht, sich aus Gewissensgründen bestimmter Leistungen zu enthalten, und illegitimer „*obstruction*“ im Sinne eines manipulierenden Eingriffs in die Lebenswelt anderer zu unterscheiden (vgl. 15 u. 21). Schaupp macht zudem deutlich, dass es bei all diesen Auseinandersetzungen „weniger um strikt individuelle Einsprüche geht als vielmehr um ein Phänomen kollektiver moralischer religiöser Identität. Hinter den individuellen Einsprüchen stehen religiöse Traditionen und religiöse Gruppierungen, die versuchen, sich in einer zunehmend säkularisierten Gesellschaft zu behaupten, und die hier um Einfluss ringen“ (20 f.). Zu Recht mahnt er die unkritische Redeweise von einem „institutionellen“ oder „korporativen“ Gewissen an, die zum Verlust wichtiger Differenzierungen führe, was die moralische Bewertung der in Frage stehenden Einzelhandlungen betrifft.

Der von Schaupp beschriebene Kernkonflikt im Sinne von Grundrechtskollisionen beziehungsweise standesethisch betrachtet „Konflikt zwischen persönlichen Werthaltungen (*personal beliefs*) und professionellen Pflichten (*professional duties*)“ (10) begegnet auch außerhalb des anglo-amerikanischen Sprachraums in den unterschiedlichsten Konstellationen, wie aus zahlreichen Beiträgen des III. und IV. Teils des vorliegenden Buches deutlich wird; gleichwohl unterscheidet sich die europäische Situation grundlegend von der US-amerikanischen – allein was die deutlichere Ausdifferenzierung von Religion, Ethik und Recht betrifft. Die verfassungsrechtlich orientierten Beiträge von *Stephan Rixen* („Die Gewissensfreiheit der Gesundheitsberufe aus verfassungsrechtlicher Sicht“) und *Wolfram Höfling* („Gewissens- und religionsfreiheitlich fundierte Profilierung kirchlicher Gesundheitseinrichtungen?“) machen deutlich, dass zumindest im Horizont des Grundgesetzes Träger der Gewissensfreiheit nur natürliche Personen, nicht aber juristische Personen oder Personenvereinigungen sein können (vgl. 69 u. 93; ebenso *Gunmar Duttge* in seinem Beitrag „Das Gewissen im Kontext des modernen Arztrechts“: 548). Gerade im Hinblick auf die Änderungen des Betreuungsrechts (29. Juli 2009, insbesondere § 1901 a Abs. 3) und die zentrale Bedeutung, die nunmehr dem Selbstbestimmungsrecht zukommt (vgl. dazu auch Höfling, 90), macht Rixen deutlich, dass es im Hinblick auf einen Behandlungsabbruch in Deutschland – anders als in zehn US-Bundesstaaten – kein gesetzliches Weigerungsrecht gibt: „Die Gewissensfreiheit des Grundgesetzes führt typischerweise nicht zu einem sogenannten Ethikvorbehalt, dem der Patientenwille unterzuordnen wäre“ (81). Adäquate, von den Trägern initiierte Kommunikationsstrategien, scheinen in der heutigen Situation angeratener zu sein, Gewissensnöten zu begegnen als eine unmittelbare Inanspruchnahme der Gewissensfreiheit des Art. 4 Abs. 1 GG (vgl. Rixen 87 f.; Höfling, 98). Gleichwohl können die Gewissensfragen damit nicht zum Verschwinden gebracht werden. *Franz-Josef Bormann* hat

in einer umsichtigen Analyse zur Frage „Gewissensentscheidungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten“ deutlich gemacht, wie vorab getroffene Verfügungen „dramatische Auswirkungen auf die Gewissensentscheidungen Dritter“ (473) haben können, wenn ein patientenrechtlich verfügbarer Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen im Widerspruch zu den professionsbezogenen Zielen steht und das Tötungs-Tabu zu relativieren droht. Auch hier darf die Frage der Gewissensentscheidung nicht rein individuaethisch betrachtet werden, sondern „verweist auf die Notwendigkeit von moralischen Standards in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (474), – umso mehr gilt dies, wenn die gegenwärtige Rechtspolitik durch die bewusste Einführung handlungstheoretisch vager Kategorien wie der des Behandlungsabbruchs Umwertungen anzielt, die in Konsequenz Veränderungen in den rechtsdogmatischen Grundlagen mit sich bringen (vgl. 464; zu den näheren institutionsethischen Fragen kirchlicher Einrichtungen vgl. die Beiträge von *Klaus Baumann*: „Kirchliche Einrichtungen und persönliches Gewissen. Systemische und ethische Überlegungen am Beispiel kirchlicher Krankenhäuser“; *Jürgen Wallner*: „Die ‚Gewissensentscheidung‘ katholischer Gesundheitseinrichtungen angesichts eines allgemeinen Versorgungsauftrags: eine rechtsethische Analyse“, *Matthias Pulte*: „Die Vorgaben des kanonischen Rechts für die Gewissensentscheidung von Mitarbeitern in kirchlich getragenen (Gesundheits-)Einrichtungen“, *Volker Penzer*: „Die moralische Verantwortung der professionellen Träger“, *Rainer Kinast*: „Moralische Profilierungsprozesse konfessioneller Einrichtungen. Erfahrungen der Vinzenz Gruppe“).

Von daher macht *Gunmar Duttge* zu Recht deutlich, „dass es in der Verantwortung der Rechtspolitik liegt, gleichsam ‚gewissensfähig‘ zu sein und diese ‚Kompatibilität‘ fortlaufend zu beobachten und ggf. nachzubessern“ (558). Das aktuelle Arztrecht gibt für ihn Anlass, an dieser „Gewissensfähigkeit“, das heißt an der Kompetenz, „den Besonderheiten ärztlicher Tätigkeit die nötige Eigenverantwortung zuzugestehen, ohne dabei aber rechtsfreie Räume zum Schaden des Gemeinwohls zu eröffnen“ (545), zu zweifeln: das erste Beispiel ist „der ‚Kampf um die Deutungshoheit der Patientenverfügung‘, mit der sich die Ärzteschaft verständlicherweise dagegen wehrt, zum ‚willfähigen Helfer oder blinden Vollstrecker des Patientenwillens‘ herabzusinken“ (559, vgl. dazu auch die Beiträge von *Günther Pöltner*: „Zur Bedeutung der sogenannten Pflichten gegen sich selbst“ und *Peter Fonk*: „Die Patientenverfügung und das Recht auf Selbstbestimmung – eine Herausforderung an das Gewissen von Ärzten und Pflegepersonal“); als zweites Beispiel wird die ärztliche Aufklärungspflicht beziehungsweise das Verfahren der Aufklärung und Einwilligung herangezogen, das im Hinblick auf die bislang empirisch zu beobachtenden „Noceboeffekte“ kontrovers diskutiert wird (vgl. dazu auch den Beitrag von *Matthias Volkenandt*: „Die Aufklärung von Patienten über eine schwerwiegende Erkrankung“). Fehlt es an dieser „Gewissensfähigkeit“ institutionellen Handelns, droht die Gewissensfreiheit „auf die ‚tatenlose Atmosphäre des stillen Kämmerleins‘ unter Ausschluss jedweder ‚Vollzugsfreiheit‘“ eingeschränkt zu werden, was der eigentlichen Bedeutung als Menschenrecht kaum noch gerecht würde (551 mit Bezug auf Roman Herzog).

Diese Tendenz, das „Gewissen in der Medizin“ im Kontext rationaler und effizienzorientierter Unternehmensführung zu marginalisieren, hat im Hinblick auf die Ökonomisierung der Medizin geradezu dramatische Ausmaße angenommen – so der eindeutige Tenor zahlreicher Beiträge, die sich mit dieser Thematik befassen. Der Zweifel an der „Gewissensfähigkeit“ von Institutionen ist geradezu zu einer tiefgreifenden Skepsis geworden, folgt man den Aussagen von *Giovanni Maio* in seinem Beitrag „Helfen nach Betriebsvorschriften und Algorithmen? Von der Abwertung ärztlicher Ermessensspielräume in einer ökonomisierten Medizin“. Spätestens mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems, das jeden Patienten einer Fallgruppe (Diagnosis Related Group) zuordnet und quasi unter ressourcenverbrauchstheoretischen Gesichtspunkten „homogenisiert“, scheint für ein ärztliches und pflegerisches Ethos der Sorge um den Menschen kein realer Raum mehr zu existieren. Die Folge dieser Ökonomisierung ist „eine zunehmende Entfremdung der helfenden Berufe von ihrer eigenen Identität“ (61). Das Verhängnisvolle an dieser Entwicklung aber besteht darin, dass damit die Gewissensfragen und -nöte nicht beseitigt werden können; anstatt sie ernst zu nehmen, gelten Gewissensentscheidungen eher als systemwidrige Elemente und werden in die medizinische Systemwelt dadurch eingebunden, dass sie zwecks Vermeidung von Re-

gressansprüchen und Nachfragen als „algorithmische Entscheidungen“ (61) ausgegeben werden. Aber die Rechnung der ökonomisierten Medizin geht nicht auf, sie scheitert an der „grundsätzlichen Unbestimmbarkeit“ des Menschen, welche aber genau „die Essenz der ärztlichen Behandlung“ ausmacht, „die eben deswegen nicht als Produktion angesehen werden kann, sondern als Kunstfertigkeit. Medizin bleibt eine Kunstfertigkeit, weil die sozialen Tätigkeiten nicht restlos standardisierbar und auch nicht in ihrer Essenz kontrollierbar sind“ (62, vgl. auch den Beitrag von *Klaus Bergdoldt*: „Das Gewissen in der Medizin – Kulturgeschichte und ärztliche Moral“; zu den weiteren Problemen der Ökonomisierung der Medizin vgl. die Beiträge von *Markus Zimmermann-Acklin*: „Zur Bedeutung der ärztlichen Gewissensentscheidung bei der Allokation knapper Güter“ und *Constanze Giese*: „Zwischen Medizin, Ökonomie und Qualitätskontrolle: Hat das Gewissen – noch – einen Ort in der Pflege?“).

Die Rationalisierung des Medizinwesens kann auch an einem effizienten, empirisch abgesicherten Auf- und Ausbau der Wissensstrukturen nicht vorbeigehen. Die sog. „evidence-based medicine“ ist, wie *Urban Wiesing* und *Franz-Josef Bormann* in ihrem Beitrag „Ärztliche Entscheidung im Zeitalter der *evidence-based medicine*“ zeigen, notwendig, um den medizinischen Fortschritt durch Kontingenzreduktion systematisch abzusichern. Aber das wissenschaftliche Wissen kann das die besondere Verantwortung für den jeweiligen Patienten zum Ausdruck bringende Prinzip „Nach bestem Wissen und Gewissen“ nicht ersetzen (vgl. zu dieser Problematik auch die Beiträge von *Rita Katharina Schmutzler*: „Gewissensentscheidungen im Umgang mit Erkrankungsrisiken: medizinische, ethische und sozialrechtliche Aspekte“ und *Gerhild Becker*: „Gewissensentscheidungen am Lebensende“). Die Frage nach der ärztlichen Entscheidung im Zeitalter der evidence-based medicine kann aber auch als Chance begriffen werden, genauer nach dem Stellenwert des Gewissens in Relation zur Urteilskraft zu fragen. Zu Recht machen *Urban Wiesing* und *Franz-Josef Bormann* deutlich, dass der Akt der Anwendung allgemeinen Wissens auf den konkreten Einzelfall erheblich komplexer zu denken ist als nach einem einfachen Subsumtionsschema (vgl. 46). Dass dies schon für das platonisch-aristotelische Verständnis der Urteilskraft gilt, weist *Friedo Ricken* in seinem Beitrag „Das platonisch-aristotelische Erbe: Der Begriff der *Technē* und die Tugenden der *Phronesis* und der *Epikie*“ eindrücklich nach. Das Kantische Gewissensverständnis gewinnt für die heutige Situation insofern an Bedeutung, als sie im Sinne einer Urteilskraft zweiter Stufe das ärztliche Entscheidungsverhalten selbst prüfend in den Blick nimmt (vgl. 47). Diese Dimension der für den Kantischen Gewissensbegriff charakteristischen zweiten reflexiven Ebene wird im Beitrag von *Elke Elisabeth Schmidt* und *Dieter Schönecker* „Vernunft, Herz und Gewissen. Kants Theorie der Urteilskraft zweiter Stufe als Modell für die Medizinische Ethik“ anhand der maßgeblichen Texte aus Kants Religionsschrift und „Metaphysik der Sitten“ eingehend analysiert und expliziert.

Im Grunde machen alle – insgesamt sehr lesenswerten, hier aber im Einzelnen nicht darstellbaren – Beiträge des II. Teils deutlich, dass für eine Weiterentwicklung des Gewissensbegriffs im Hinblick auf die heutige medizinische Ethik die Applikationsproblematik genauer erforscht werden muss. Die klassische Argumentationsfigur des Syllogismus reicht als Interpretationsrahmen für die *conscientia* im Ganzen nicht aus, wie *Stephan Herzog* in seinem Beitrag „Die thomanische Deutung des Gewissens“ aufzeigt (vgl. 200 f.). Für den praktischen Syllogismus bedürfte es einer Erweiterung der klassischen Aussagenlogik um eine Prädikatenlogik mit Identität und Kennzeichnungen – einer Logik, die der Eigenart nicht nur genereller, sondern auch partikulärer und singularer Termini sowie der entsprechenden Urteilssätze gerecht zu werden vermag. In dieser Weise könnte die „Kategorie des Gewissens“ im Sinne einer unverzichtbaren „semantischen Ressource“ (vgl. das Vorwort der Herausgeber, VIII) näher entfaltet und geklärt werden.

Schon für Kant aber ist das Gewissen mehr als eine sich selbst richtende Vernunft, sie ist nämlich, so machen *Elke Elisabeth Schmidt* und *Dieter Schönecker* am Ende ihres Beitrags „für den späten und sehr späten Kant“ deutlich, „– neben dem moralischen Gefühl, der Menschenliebe und der Achtung – eine der angeborenen sinnlichen Grundlagen der motivationalen und kognitiven Empfänglichkeit für den Pflichtbegriff überhaupt“ (246); „Vernunft, Herz und Gewissen“ sind aufeinander angewiesen, ohne sie ist der Mensch, wie Kant in seiner Tugendlehre formuliert, „sittlich tot“ (vgl. 247). Von

daher gehört auch die Dimension der Spiritualität in das semantische Feld der „Kategorie des Gewissens“ (vgl. die Beiträge von *Erhard Weiber*: „Die Bedeutung der Spiritualität bei Gewissensentscheidungen: Ein Plädoyer der Klinikseelsorge“ und *Eckhard Frick*: „Gewissensscheidungen im interdisziplinären Feld“; zum Gewissensverständnis bei Augustinus vgl. den Beitrag von *Christoph Horn*: „Gewissen bei Augustinus“).

Von einem so umfassend begriffenen Horizont aus gehört, so könnte man das Plädoyer des gesamten Buches mit den Worten von *Verena Wetzstein* auf den Punkt bringen (vgl. ihren Beitrag: „Gesundheit, Prävention und christliches Ethos: Gewissensbasierte Eigenverantwortung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge“), die „gewissensbasierte Eigenverantwortung“ (vgl. 592 ff.), wie sie auch einem christlichen Ethos entspricht, zu den konstitutiven Momenten jeder medizinischen „Policy“, die sich in einem ethisch ausweisbaren Sinne als zukunftsorientiert verstehen will. G. HÖVER

Ps.-PLATON, ÜBER DEN TOD, eingeleitet, übersetzt und mit interpretierenden Essays versehen von *Irmgard Männlein-Robert [u. a.]*. Tübingen: Mohr Siebeck 2012. XI/224 S./Ill., ISBN 978-3-16-151904-8.

Im *Phaidon* folgert Sokrates für die philosophische Seele, dass sie darauf bedacht sei, leicht zu sterben. So ist Philosophieren das Einüben ins Sterben. Denn besonders die hellenistische Populärphilosophie verfasste nicht nur Ratgeber für ein gelingendes Leben, sondern auch für einen guten Tod, wozu auch der pseudo-platonische *Axiochos* zählt.

In diesem Dialog wird Sokrates auf dem Weg zum Kynosarges-Heiligtum von Kleinias, dem Sohn des Protagonisten Axiochos, angesprochen und zu dessen sterbenskranken Vater gebeten, um diesen durch philosophische Argumentation von seiner Todesangst zu kurieren. Im Hause des Patienten beginnt Sokrates seine philosophische Therapie mit einem *Ad personam*-Argument, indem er Axiochos vorhält, dass dem früher im Hinblick auf den Tod Selbstbewussten der Mut gesunken sei und er so einem Sportler gleiche, der im Training glänze und später im Wettkampf patze. Auf Axiochos' Angst vor dem sinnlichen und dem physischen Vergehen zeigt Sokrates die Widersprüchlichkeit des diesem zu Grunde liegenden Gedankens auf, da nach dem Schwinden des Bewusstseins die körperliche Verwesung nicht mehr wahrgenommen werde (365d1–5). Dieser Widerlegung setzt Sokrates positiv seine Anthropologie entgegen, nach der der Mensch eine unsterbliche Seele ist, die sich in einem sterblichen Kerker befindet. Temporär kurzen Annehmlichkeiten stünden lang andauernde und intensive Schmerzen gegenüber (365e6–366a6). Deshalb sehne sich die Seele nach ihrer wahren himmlischen Heimat, und der Tod stelle somit kein Übel, sondern eine Veränderung zum Guten dar (366b1 f.). Axiochos reagiert auf diese Ausführungen mit einer Retorsion und fragt, warum, wenn es sich so verhalte, Sokrates dann am Leben bleibe. Sokrates nutzt diese Frage als Vorlage und kommt auf einen Vortrag des Sophisten Prodikos zu sprechen, der bei ihm dieses Verlangen habe aufkommen lassen. Axiochos' Interesse ist nun geweckt, und so referiert Sokrates eine Zusammenfassung der gehörten Epideixis. Prodikos führt später zu Topoi gewordene Argumente an, die das Arsenal der *contemptus-mundi*-Literatur über die Jahrhunderte füllen werden. Jedes Lebensalter habe seine Schmerzen und Sorgen (366d2–367c3). Sokrates belegt Prodikos' Begründungen mit Beispielen aus den Mythen (367c3–367d1) und Werken von Dichtern (367e1–368a6). Dem altersspezifischen Ungemach folgen die Mühen und Nöte in den verschiedenen Berufssparten (368a6–368c4), die besonders die Politik verdrüben. Dem pflichtet der Politiker Axiochos nur allzugern bei (368c4–369b3). Auf diese Topoi des *contemptus mundi* führt Sokrates das bei ihm dem Prodikos zugeschriebene, sonst unter dem Namen des Epikur bekannte Diktum an, nach dem der Tod weder die Lebenden betreffe, da sie noch existierten, noch die Toten, da sie nicht mehr existierten (369b5–369c2). Doch Axiochos erweist sich nicht nur unzugänglich für diese Art von Tröstungen, sondern er tut sie schlichtweg als „Geschwätz“ (*phlyarologia*, 369d3) ab. Ihn bedrückt weiterhin die Aussicht, die Güter des Lebens bald für immer zu verlieren. Sokrates attackiert wieder die unlogische Kombination von Furcht vor dem Erlöschen der Wahrnehmung und der Furcht vor dieser Wahrnehmung selbst (369c4–370d1). Nachdem Sokrates die Irrationalität dieser Furcht aufgezeigt hat, geht er daran, Plausibilitätsindizien für die Unsterblichkeit der Seele darzulegen. Als Indiz führt So-