



J.B.METZLER

I. Was ist Bioethik? Eine Einleitung

1. Eine Einführung in die Bioethik?

Seit Ende der 1950er Jahre haben Mediziner die Möglichkeit, Menschen ohne Aussicht auf Heilung mittels der Herz-Lungen-Maschine am Leben zu erhalten. Bald kam die Möglichkeit hinzu, ihnen Organe zu Transplantationszwecken zu entnehmen. Doch bei vielen Medizinern kamen Zweifel auf, ob es denn moralisch richtig sein könne, diesen Menschen, deren Herz noch schlug und die noch atmeten, einfach die Organe zu entnehmen. Interessant ist nun, auf welche Weise man damals erhoffte, eine Antwort auf ein solches moralisches Problem zu finden: Eine Reihe von Medizinern baten den Papst um eine Antwort. (Zur Geschichte der Hirntod-Diskussion vgl. Hoff/in der Schmitt 1994, 154 ff. sowie Wiesemann/Schlich 2001). Dies ist ein Beispiel für eine sehr frühe bioethische Diskussion. Ein anderes Beispiel wäre die Auseinandersetzung um das Verhalten von Ärzten in den Konzentrationslagern des ›Dritten Reichs‹, das in den Nürnberger Ärzteprozessen verhandelt wurde. Seither haben die Entwicklungen der sog. ›Life Sciences‹ zu zahlreichen Diskussionen um Klonen, Forschung an Embryonen, genetische Diagnose und Selektion, Xenotransplantation und Eingriffe in das menschliche Gehirn geführt – um nur einige Themen zu nennen. Die Kontexte dieser Debatten sind nicht mehr auf einzelne Handlungsfelder der Medizin beschränkbar, sondern haben weitreichenden Einfluss auf die gesamte Medizin und die Lebenswelt der Menschen. Zudem gibt es keine allgemein akzeptierte moralische Instanz, die autoritativ Antwort geben könnte. Die bioethischen Diskussionen werden teilweise mit großer öffentlicher Anteilnahme geführt und vor dem Hintergrund eines weitgehenden Pluralismus an moralischen Überzeugungen.

Vor diesem Hintergrund hat sich weltweit in den letzten 35 Jahren die Bioethik in ganz verschiedenen Kontexten etabliert, seit ca. 20 Jahren auch in Europa. Es gibt Bioethik-Kommissionen von Parlamenten, Ministerien, Kirchen und Wissenschaftsverbänden. Es gibt zahlreiche Forschungsinstitute, die sich mit Bioethik beschäftigen, und eine Vielzahl von Büchern, Zeitschriften und Publikationen aller Art. Eine Einführung in die Bioethik ist insofern mit einer unübersichtlichen Materialfülle konfrontiert. Es scheint geradezu unglaubwürdig, wenn ein einzelner Autor behaupten würde, über all die verschiedenen Diskussionen, Stellungnahmen und Publikationen eine Übersicht zu haben. Zudem verändern sich bioethische Diskussionen bisweilen in einem so rasanten Tempo, dass das Verfallsdatum einer solchen Einführung schnell überschritten sein dürfte.

Das Ziel der vorliegenden Einführung ist es daher auch nicht in erster Linie, einen Überblick über die ganze Fülle von konkreten Diskussionen zu vermitteln. Vielmehr soll es hauptsächlich darum gehen, eine Übersicht über das *Spektrum an methodischen Problemen* und *theoretischen Gesichtspunkten* zu geben, die in der Bioethik eine Rolle spielen. Dabei muss man sich gleich zu Beginn vor Augen führen, dass eine Einführung in die Bioethik mit Schwierigkeiten besonderer Art

2 Was ist Bioethik? Eine Einleitung

konfrontiert ist, etwa im Unterschied zu einer Einführung in die Quantenphysik, was wahrscheinlich auch kein einfaches Unternehmen darstellt. Die Schwierigkeit, einen Überblick über die Bioethik zu gewinnen, hängt damit zusammen, dass sich bioethische Diskussionen auf der *Grenze zwischen akademischem und öffentlich-politischem Diskurs* bewegen, dass der akademische Bioethik-Diskurs *interdisziplinär* strukturiert ist und dass *keine Einigkeit darüber besteht, was man sich unter Bioethik überhaupt genau vorstellen muss*. Um mich der Frage zu nähern, was Bioethik ist bzw. sein sollte/könnte, werde ich zunächst (1.1) einige Institutionalisierungsformen ansehen und (1.2) die Interdisziplinarität der Bioethik näher erörtern. Danach soll (2.) die Rolle der Bioethik im Kontext der Entwicklungen der Biowissenschaften besprochen werden, um abschließend (3.) auf verschiedene Versuche einer Bestimmung des Begriffs ›Bioethik‹ einzugehen.

1.1 Institutionalisierungen der Bioethik

Wie bereits angedeutet, entstand die Bioethik im Kontext öffentlicher Diskussionen zu Fragen der Biomedizin. Die *Institutionalisierung von Bioethik* hing vornehmlich damit zusammen, dass Parlamente und Regierungen einen Bedarf hatten, sich zu ethischen Fragen im Hinblick auf Entwicklungen von Biomedizin und Biotechnologie beraten zu lassen. Daher wurden zahlreiche Ethikräte und -kommissionen zur Beratung von Parlamenten, Regierungen, Kirchen etc. eingerichtet (vgl. Fuchs 2005). Die Aufgaben dieser Kommissionen sind unterschiedlich. Manche Kommissionen werden nur zur Beratung konkreter, eng umrissener Fragen eingerichtet, andere Kommissionen sind dauerhafte Beratungsgremien zu einer ganzen Spannbreite gesellschaftlich relevanter Fragen im Bereich der Biowissenschaften oder der neuen Technologien (z. B. die *European Group on Ethics in the Sciences and New Technologies*, das Beratungsgremium der Europäischen Kommission). Ebenso unterschiedlich ist ihre Größe und Zusammensetzung. In der Regel sind diese Kommissionen interdisziplinär zusammengesetzt (Mediziner, Juristen, Philosophen, Theologen) und bestehen bisweilen auch nicht allein aus Wissenschaftlern sondern auch aus Vertretern gesellschaftlich relevanter Gruppen (Kirchen, Behindertenverbände etc.).

Neben der Beratung von politischen Institutionen zu ethischen Fragen, entstanden auch *Kommissionen* zur Beratung von *Forschenden* und von *Kliniken*. Die sog. ›*Ethikkommissionen*‹ an *medizinischen Fakultäten* wurden eingerichtet, um Forschungsvorhaben daraufhin zu prüfen, ob der Schutz von Probanden im Hinblick auf Risiken und informierte Zustimmung (›informed consent‹) gewährleistet ist (vgl. Toellner 1990; Wiesing 2002). Der Name ›*Ethikkommission*‹ ist für diese Gremien einigermäßen irreführend, da hier keine ethische Reflexion auf die vorgelegten Forschungsvorhaben vorgesehen ist, sondern lediglich die Einhaltung standesrechtlicher Normen geprüft wird. Diese Kommissionen sind in der Regel vornehmlich mit Medizinerinnen besetzt, ergänzt um einen (theologischen oder philosophischen) Ethiker und einen Juristen.

Seit einigen Jahren gibt es daneben auch *klinische Ethikkommissionen* und institutionalisierte Formen der *Ethikberatung in Krankenhäusern*, an die sich Ärzte, Pflegende und Patienten im Fall von Konflikten und schwierigen Handlungssituationen innerhalb der ärztlichen oder pflegerischen Praxis wenden können (vgl. Gillen 2005; Kettner/May 2005; Dörries/Neitzke/Simon/Vollmann 2008). Die Aufgabe dieser Beratungsformen ist am Einzelfall ausgerichtet und in der Regel deutlich weniger klar umschrieben. Im Wesentlichen geht es darum, in der klinischen Praxis Räume zu schaffen, in denen mit Konfliktsituationen auf argumentative und prozedural trans-

parente Art und Weise umgegangen werden kann. Gillen geht so weit, das klinische Ethikkomitee als »Lernort moralischen Argumentierens« zu bezeichnen (Gillen 2005, S. 231). In der Regel dürften diese Kommissionen Foren darstellen, in denen es auch um Konfliktmoderation und Absicherung von Entscheidungsträgern geht. Aber in jedem Fall sind es Orte, die einen moralisch verantwortbaren Umgang mit schwierigen Handlungssituationen ermöglichen sollen.

Nun signalisieren bereits diese drei Arten von Kommissionen von Beginn an die Kontexte, in denen Bioethik entstanden ist. Es ging um die Beratung und Reflexion im Kontext *komplexer Entscheidungen in Politik, Forschung und klinischer Praxis*. Es entstanden immer mehr Situationen im Bereich der Medizin, in denen das traditionelle Standesethos nicht weiterhalf, auf die moralische Intuitionen nicht eingestellt waren und in denen es keine (oder unzureichende) gesetzlichen Regelungen gab, um das Handeln in diesen Situationen anzuleiten. Der Ausdruck »Bioethik« signalisierte hier also in erster Linie einen Bedarf an Reflexion auf moralische und rechtliche Standards im Umgang mit der Biomedizin sowie ein Bedürfnis an Beratung seitens der relevanten Entscheidungsträger. Allerdings ist noch unspezifisch, worin sich diese Art der Beratung und Reflexion von anderen Formen der Konfliktmoderation unterscheidet. Und noch weniger klar ist, wie sich die Beratungsaufgabe in solchen Gremien zu dem verhält, was sich im akademischen Raum als »Bioethik« etabliert hat.

Diese Beratungsaufgabe scheint jedoch im Hinblick auf die angedeuteten Institutionalisierungsformen sehr unterschiedlich zu sein. Ein *klinisches Ethikkomitee* ist mit *Einzelfällen* konfrontiert. Solche Einzelfälle werden in der Regel vor dem Hintergrund gesetzlicher Regelungen, etablierter Praktiken und weithin geteilter moralischer Überzeugungen entschieden. Allerdings deutet der große Bedarf an ethischer Beratung darauf hin, dass stets mehr Praktiken fraglich werden und stets weniger moralische Überzeugungen zwanglos geteilt werden. Gleichwohl werden beim Umgang mit solchen Konfliktfällen der medizinischen Praxis keine großen ethischen Theorien herangezogen, sondern man greift auf medizinisches Wissen, einigermaßen vertraute Regeln ärztlichen bzw. pflegerischen Handelns und moralische Überzeugungen zurück, die (zu Recht oder Unrecht) als unproblematisch angesehen werden. Nur am Rande sei angemerkt, dass die Üblichkeiten medizinischer Praxis nur zum Teil auf allgemeiner gesellschaftlicher Wertschätzung der entsprechenden Handlungen beruht. Die Medizin war schlicht erfolgreich, in dem stark hierarchisch organisierten und rechtlich regulierten Raum ärztlichen und pflegerischen Handelns bestimmte Regeln medizinischen Handelns durchzusetzen. Jedenfalls sind die faktische Befolgung bestimmter Handlungsregeln und ihre moralische Anerkennung zwei verschiedene Dinge. Wenn der Ruf nach ethischer Beratung in der Klinik auftaucht, dann weist dies darauf hin, dass nicht nur der *Einzelfall* im Lichte gängiger Regeln medizinischen Handelns und moralischer Überzeugungen beurteilt wird, sondern dann werden auch diese *Regeln und Überzeugungen selbst* reflektiert werden müssen. Der Ruf nach ethischer Beratung ist also auch ein Indikator für die Notwendigkeit, über etablierte Praxisformen nachzudenken.

Die bioethischen Themen hingegen, die in der *Öffentlichkeit* breit diskutiert werden, zeichnen sich dadurch aus, dass es hier keine geteilten moralischen Überzeugungen gibt – bzw. nur partielle Konsense. Das mag damit zu tun haben, dass manche Forschungsgebiete, wie etwa die Stammzellforschung, der lebensweltlichen Erfahrung weitgehend unzugänglich sind. Zudem sind die moralischen Intuitionen der Menschen bei vielen bioethischen Themen denkbar unterschiedlich. Hier ist also ethische Beratung in einer weitaus systematischeren Hinsicht gefragt. Die Dis-

4 Was ist Bioethik? Eine Einleitung

kussionen in den Medien, die politischen Kontroversen und die Institutionalisierung ethischer Beratung in Ethikkommissionen greifen daher auf Wissenschaftler zurück, die sie über naturwissenschaftliche, rechtliche, sozialwissenschaftliche und ethische Aspekte neuer Praxisformen und Technologien informieren. Dazu wendet man sich an Biologen, Juristen, Soziologen und Ethiker. Das bedeutet, dass der *akademische Ethik-Diskurs* auch in der *öffentlichen Diskussion* eine Rolle spielt. Allerdings ist das Verhältnis zwischen akademischer Disziplin und öffentlicher Debatte im Bereich der Bioethik in vieler Hinsicht bemerkenswert. Zunächst einmal ist die Disziplin erst aus dem Bedarf an Reflexion auf die Praxis entstanden. Das ist nun nicht ganz so überraschend, da die Ethik im Allgemeinen seit Aristoteles als philosophische Reflexion auf die Praxis verstanden wird und ihre Aufgabe in der Anleitung zu einer guten Praxis sieht.

Aber es gibt einige weitere Besonderheiten der Bioethik im Vergleich zu anderen Debatten auf der Grenze zwischen akademischer und öffentlicher Diskussion. Es ist auffallend, dass manche Diskussionen, etwa um das Klonen, weitgehend von Akademikern bestimmt, aber in öffentlichen Medien ausgetragen wurden. So konnte man Texte mit teilweise ausführlichen philosophischen Argumentationen in überregionalen Zeitungen lesen. Bisweilen meldeten sich dabei Philosophen und Theologen zu Wort, die ihre Position zum Klonen zunächst in der Presse verkündeten, bevor sie sich dazu überhaupt in wissenschaftlichen Zeitschriften äußerten. Bisweilen traten auch Philosophen und Theologen in der Öffentlichkeit als Bioethiker in Erscheinung, wengleich sie wissenschaftlich zu ganz anderen Themen publiziert haben. Ferner stellt sich die Frage, welche Kompetenzen man von einem Bioethiker genau erwarten kann (vgl. auch Dietrich 2007).

Das Verhältnis von Bioethik als *Thema des öffentlichen Diskurses* und als *akademischer Disziplin* ist also in mancher Hinsicht undeutlich (vgl. dazu Benjamin 1990; Ach/Runtenberg 2002; Kaminsky 2005). In der öffentlichen Debatte kann jeder Bürger seine moralischen Intuitionen zu Gehör bringen. Ist der Bioethiker nun etwa ein Funktionär, der für das Äußern seiner moralischen Überzeugung ein Gehalt bezieht? Wenn Bioethik eine Praxis der Politikberatung ist, handelt es sich dann lediglich um eine rhetorisch aufgeblasene Form, der eigenen Position mehr Gehör zu verschaffen? Steht hinter der Etablierung der Bioethik etwa gar die Strategie, die Pluralität im Streit der Meinungen durch die Schaffung einer Pseudo-Expertokratie zu umgehen? Droht eine Entmündigung der Öffentlichkeit?

Der angedeutete Zusammenhang der akademischen Bioethik-Diskussion zur Praxis und Politikberatung macht es schwierig, überhaupt systematisch in die Bioethik einzuführen. Insofern die Bioethik aber eine Reflexion auf die Praxis der Medizin und der Entwicklung der Life Sciences darstellt, ist auch eine *ethische Beratung von Politikern, Medizinern* etc. nur vor dem Hintergrund der *akademischen Debatte* möglich. Auch die etablierte Praxis von Ethikkommissionen, Ethikräten und klinischer Ethikberatung setzt also Bioethik als akademische Aktivität voraus, wenn ihr Beratungsanspruch wirklich seriös genommen wird.

Es ist daher auch im Hinblick auf die öffentliche Debatte notwendig, über das wissenschaftliche Profil und die Erwartungen an diese Disziplin nachzudenken. Aufgrund der *Interdisziplinarität* der Bioethik ist es jedoch nicht einfach, ein eindeutiges fachliches Profil zu erkennen. Als Teildisziplin der Ethik gehört sie zur Philosophie (und Theologie), aber ihre institutionalisierte Ansiedlung erfolgt häufig in der Medizin oder in interdisziplinären Instituten. Hinsichtlich der methodischen und fachlichen Rolle der verschiedenen Fachdisziplinen in der Bioethik gibt es sehr unterschiedliche

Vorstellungen. Im Folgenden soll *ein Vorschlag* zum Verständnis dieser Interdisziplinarität der Bioethik am Beispiel des Enhancements näher erläutert werden.

1.2 Interdisziplinarität: Urteile in der Bioethik sind ›gemischte Urteile‹

Seit einigen Jahren wird darüber diskutiert, inwiefern es moralisch vertretbar ist, Möglichkeiten der Medizin nicht allein dazu zu nutzen, um Menschen im traditionellen Sinn von Krankheiten zu heilen, sondern auch um ihre körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zu verbessern (vgl. Parens 1998; President's Council on Bioethics 2003). Bei diesen ›Verbesserungen‹, die unter dem Titel ›Enhancement‹ diskutiert werden, kann man ebenso an plastische Chirurgie denken wie an pharmazeutische Mittel zur Erhöhung von Gedächtnisleistungen. Das Spektrum von Anwendungen ist breit und die Grenze zur Therapie fließend. Dasselbe Medikament kann dazu eingesetzt werden, um bei einem Dementen den Gedächtnisverlust zu verzögern oder um die Gedächtnisleistung von Studenten kurz vor dem Examen zu steigern. Enhancement ist insofern moralisch umstritten, als traditionell die Aufgabe der Medizin mit der Diagnose, Therapie und Prävention von *Krankheiten* umschrieben wurde. Allerdings ist die Frage, was genau als Krankheit und Gesundheit zu gelten hat, in der Medizin umstritten (Lanzerath 2000). Wenn man den medizinischen Heilungsauftrag darin sieht, Funktionsstörungen des menschlichen Körpers zu beheben, um ein für die menschliche Spezies als typisch angesehenes Funktionieren zu ermöglichen (Daniels 1985, 26 ff.), dann fallen die genannten Beispiele von Enhancement nicht ohne Weiteres darunter. Aber warum sollten wir von dieser Definition von Krankheit ausgehen müssen? Und welches Recht haben wir, Menschen die medizinischen Möglichkeiten vorzuenthalten, wenn dies dazu führt, dass sie ein besseres Leben führen können? Die sog. ›Transhumanisten‹ fordern sogar, dass man sich von den zufälligen Begrenzungen, denen die menschliche Gattung evolutionär unterworfen ist, nach Möglichkeit frei machen sollte (vgl. etwa Bostrom 2005). Man kann aber auch fragen, warum wir für solche Forschung Geld ausgeben sollten, wenn noch immer keine allgemeine medizinische Basisversorgung gewährleistet werden kann.

Auf das Thema *Enhancement* werden wir noch zurückkommen (s. Kap. IV.1.6). In diesem Zusammenhang will ich lediglich einige Fragen und Themen unterscheiden, um die Aufgabenstellung der verschiedenen Disziplinen in der Bioethik besser verstehen zu können:

1. Naturwissenschaftliche und technische Möglichkeiten

Zunächst einmal wird keine bioethische Reflexion etwas über Enhancement aussagen können, die sich nicht darüber informiert, welche Formen von Verbesserung im Augenblick technisch möglich sind und praktisch umgesetzt werden. Im Hinblick auf plastische Chirurgie ist das nicht so schwer in Erfahrung zu bringen, im Hinblick auf den Einsatz pharmazeutischer Mittel ist das deutlich schwieriger. Hierbei ist natürlich relevant, sich über die entsprechenden Folgen und Nebenfolgen dieser Praxis und die Grenzen unseres Wissens zu informieren. Dabei geht es nicht allein um Kenntnis der relevanten ›Fakten‹, sondern auch darum kritisch zu reflektieren, wie diese Fakten generiert wurden und welche wissenschaftstheoretischen Vorstellungen dabei leitend waren.

2. Prognose zukünftiger Möglichkeiten und Unsicherheiten

Was ist an technischen Möglichkeiten zu erwarten? Woran wird geforscht? Welche Forschungsziele gibt es? Warum will man diese Ziele realisieren? Wie realistisch

6 Was ist Bioethik? Eine Einleitung

sind diese Ziele? Gibt es auch alternative Möglichkeiten, um diese Ziele zu erreichen? Wenn die Bioethik sich nicht in der Bewertung völlig irrelevanter Zukunftsszenarien verlieren will, liegen hier ganz wesentliche Fragen. Das klingt trivial, ist aber sehr schwer herauszufinden. Naturwissenschaftler selbst tun sich meist sehr schwer, über die Forschungsentwicklungen etwas auszusagen. Als Nicht-Naturwissenschaftler ist man geneigt, die Voraussagefähigkeit von Naturwissenschaftlern zu überschätzen

3. Die soziale und psychische Wirklichkeit

Was wissen wir über den Umgang mit diesen technischen Möglichkeiten im ›wirklichen Leben‹? Wie häufig misslingt kosmetische Chirurgie? Was sagen die Betroffenen darüber: Sind sie hinterher wirklich glücklicher? Welche Hoffnungen werden bei Menschen mit diesen Möglichkeiten geweckt? Wie wirkt sich die Präsenz dieser technischen Möglichkeiten in den Medien aus? Wie wird in den verschiedenen Kulturen mit diesen technischen Möglichkeiten umgegangen (plastische Chirurgie etwa scheint besonders in den USA und Brasilien zum Einsatz zu kommen)?

4. Rechtliche Regelungsmöglichkeit

Inwiefern lässt sich überhaupt der Umgang mit Enhancement-Technologien regulieren? Welche Regelungsmöglichkeiten gibt es? Was können wir über die erwartbare Effektivität dieser Regelungsmöglichkeiten aussagen? Haben diese Regelungen weitergehende Implikationen etwa für den Schutz privater Informationen und die Regulierungsdichte im medizinischen Bereich? Welche rechtspolitischen Folgen haben diese Regelungen? Welche symbolische Bedeutung hat es, wenn diese Technologien strafrechtlich verfolgt oder aber zugelassen werden?

5. Die Bedeutung des Krankheitsbegriffs in der Medizin

Traditionell wird die Tätigkeit des Arztes damit legitimiert, dass er die Aufgabe hat, Krankheiten zu heilen. Dieser Heilauftrag bestimmt das professionelle Selbstverständnis der Mediziner. Ebenso wird die finanzielle Ausstattung der medizinischen Forschung und die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit diesem Heilungsauftrag begründet. In gewissem Sinne ist auch die moralische Bedeutung der Medizin mit diesem Heilungsauftrag verbunden: Wir sehen die Weiterentwicklung der Medizin nicht nur als eine technische Herausforderung, sondern auch als eine moralische Aufgabe. Wenn jedoch Teile der Medizin nicht mehr an der Heilung von Krankheit orientiert sind, sondern an der ›Verbesserung‹ menschlicher Fähigkeiten, dann muss diskutiert werden, was dies für die Legitimation der Medizin bzw. die (Nicht-)Legitimität solcher Technologien bedeutet.

6. Welche Eigenschaften sind für den Menschen wichtig?

Wenn es das Ziel des Enhancement ist, menschliche Eigenschaften zu verbessern, dann ist das stets mit Annahmen darüber verbunden, was denn für den Menschen wichtig ist. Es wird z. B. vorgeschlagen, dass jeder Mensch selbst darüber entscheiden soll, welche Eigenschaften er verbessern will: Technisch gesehen muss man ja nicht lediglich an die Verlängerung der Lebenszeit oder die Verbesserung von Gedächtnisleistungen denken, sondern man könnte sich auch vorstellen, dass Fähigkeiten verbessert werden, die zu erheblichen sportlichen Leistungssteigerungen oder gar zu Verbesserung militärischer Tauglichkeit führen. Kritiker sehen die Gefahr, dass die Hoffnung auf technische Verbesserung selbst zu einer illusorischen Form der menschlichen Lebensführung führen könne. Wie immer man darüber denkt, hier stellen sich Fragen der philosophischen Anthropologie.

7. Was sollen wir tun?

Schließlich stellen sich moralphilosophische Fragen. Das Bereitstellen und die Entwicklung von Enhancement-Technologien sind moralisch relevante Handlungen. Hier werden moralische Forderungen erhoben: ›Wenn es technisch möglich ist, dass Menschen ihre Lebensperspektiven verbessern, dann sind wir moralisch verpflichtet, diese Möglichkeiten bereitzustellen.‹ Oder: ›Es ist eine moralische Verpflichtung, Techniken zu entwickeln, die es dem Menschen möglich machen, den Zufälligkeiten natürlicher Evolution zu entkommen.‹ Oder: ›Es ist unmoralisch, dass Menschen ihre körperlichen und geistigen Grenzen nicht akzeptieren wollen.‹ ›Es ist moralisch nicht vertretbar, Geld zur Forschung an solchen Technologien zu gebrauchen, wenn zugleich keine Mittel zur Verfügung stehen, um die medizinische Grundversorgung für jeden zu sichern.‹ All diese moralischen Forderungen setzen eine Rechtfertigung voraus, und das ist typischerweise die Aufgabe der Ethik.

Die Liste möglicher Fragen ist nicht abgeschlossen. Auch sind die hier genannten Fragen spezifisch für das Thema ›Enhancement‹. Bei einem anderen bioethischen Thema wäre man mit anderen Fragen konfrontiert. Aber die Liste macht zumindest deutlich, dass für bioethische Fragen Kenntnisse und Forschungsmethoden aus verschiedenen Disziplinen relevant sind. 1. Man muss versuchen zu überblicken, was *naturwissenschaftlich und technisch* möglich ist. Dabei geht es nicht nur darum, die vorhandenen Kenntnisse gleichsam abzurufen, sondern auch zu verstehen und kritisch zu diskutieren, aufgrund welcher wissenschaftstheoretischen Annahmen diese Kenntnisse entwickelt wurden. 2. Es ist ferner erforderlich, sich um eine Prognose zukünftiger technischer Entwicklungen zu bemühen, dazu hat die *Technikfolgenabschätzung* einige Instrumente entwickelt. Es geht also nicht nur um die derzeitigen technischen Möglichkeiten, sondern ebenfalls um die Forschung. Die Ziele der Forschung, die Realistk und moralische Akzeptabilität der Forschungsziele stehen dabei zur Debatte. Aber ebenso geht es darum, welche Mittel für die Erreichung dieser Ziele erforderlich sind und welche alternativen Wege zur Erreichung dieser Ziele möglich sind. Das ist insofern nicht trivial, als in vielen Forschungsbereichen, etwa der Stammzellforschung, Hoffnungen an die Forschung ein wesentliches moralisches Argument darstellen. Im Hinblick auf die Enhancement-Technologien wäre hingegen die Frage relevant, welche Anwendungen in absehbarer Zeit eine Rolle spielen werden, um einschätzen zu können, was hier alles geregelt werden muss. Wenn man diese Technologien *heute* regelt, dann sollte man wissen, mit welchen Technologien in absehbarer Zeit zu rechnen ist. 3. Es ist wesentlich, etwas über die soziale Wirklichkeit herauszufinden, in der diese Technologien zur Anwendung kommen, wozu *Sozialwissenschaften* einen Beitrag leisten können. Was wissen wir etwa über Motive der Betroffenen, die plastische Chirurgie in Anspruch nehmen? Was kann man empirisch an Veränderungen von Sozialverhältnissen beobachten? Welche Erfahrungen wurden in anderen Ländern gemacht? Dabei geht es nicht nur darum, empirische Daten zu erheben, sondern diese sozialwissenschaftlich und gesellschaftstheoretisch zu interpretieren. Warum sind bestimmte Bedürfnisse für Menschen relevant? Welche kulturellen Horizonte spielen dabei eine Rolle? 4. *Rechtswissenschaftlich* ist es wesentlich, die Regelungsmöglichkeiten im Hinblick auf diese Technologien überhaupt zu verstehen. 5. Es stellen sich zudem Fragen der Theorie der Medizin und 6. philosophische Fragen, in unserem Fall Fragen der Anthropologie (zum Verhältnis Bioethik und Anthropologie s. Kap. III.3.1). Da schließlich die Bioethik, wie die Ethik im Allgemeinen, eine normative Disziplin ist, werden 7. im Hinblick auf bioethische

Fragen stets *moralisch-normative Aussagen* gemacht – d.h. Bewertungen darüber, ob ein bestimmter Umgang mit Möglichkeiten der Life Sciences moralisch gut oder schlecht ist. Insofern ist also die *philosophische Ethik* gefragt als Disziplin, die über Grundlagen und Prinzipien moralischer Urteile nachdenkt.

Nun sind diese Fragen, die ich hier unterschieden habe, von recht unterschiedlicher Art. Eine ganze Reihe von Fragen sind *deskriptive Fragen*, Fragen also nach dem, was der Fall ist. Andere Fragen sind etwa *prognostischer Art*, die darauf abzielen, Vorhersagen über zukünftige Entwicklungen zu machen. Die Bioethik selbst will hingegen weder herausfinden, was *der Fall ist* noch was *der Fall sein wird*, sondern vielmehr *wie wir handeln sollen*. Insofern ist sie keine deskriptive, sondern eine *präskriptive Disziplin*. In ihrem Kern geht es darum zu fragen, was der moralisch richtige Umgang mit den Möglichkeiten von Biologie und Medizin ist (die genaue Bereichsabgrenzung wird noch diskutiert, s. Kap. I.3.3). Im Hinblick auf die Enhancement-Technologien wäre also die Frage, ob es moralisch vertretbar ist, diese Technologien zu entwickeln und anzubieten. Um diese Frage beantworten zu können, sind aber all die Fragen relevant, die oben unterschieden wurden. Man muss also, um die normative Frage beantworten zu können, eine Reihe von deskriptiven Aspekten diskutieren. Man kann nicht über die moralische Erlaubtheit von Enhancement-Technologien diskutieren, wenn man nicht weiß, was da gemacht wird und wohin sich diese Technologien aller Wahrscheinlichkeit nach entwickeln werden. Man muss auch wissen, wie diese Technologien geregelt werden können, wie sie Gesellschaft, Sozialverhältnisse und das menschliche Selbstverständnis beeinflussen.

Nun schlage ich vor, die Urteilsbildung in der Bioethik als ›gemischte Urteile‹ aufzufassen (vgl. dazu Steigleder 1992, S. 295 ff.). Dieser Vorschlag ist nicht neu, sondern kann vielleicht im praktischen Syllogismus von Aristoteles einen Vorfahren erblicken, was hier aber nicht weiter relevant ist. Der Vorschlag bedeutet bei unserem Beispiel, dass die *übergeordnete bioethische Frage*, also die *moralisch-normative Frage*, lautet: Ist das Entwickeln und Anbieten von Enhancement-Technologien moralisch zu verantworten? Das Urteil bezüglich der moralischen Frage lautet dann: Das Anbieten von Enhancement-Technologien ist moralisch zu verantworten, nicht zu verantworten oder nur unter bestimmten Bedingungen zu verantworten. Dieses Urteil beruht jedoch auf einer Reihe von *Teilantworten* auf die deskriptiven und prognostischen Fragen. Eine Argumentation einer solchen Urteilsbildung kann – sehr schematisch – etwa folgendermaßen aussehen: (1) Wir wissen, welche Eingriffe mit den Enhancement-Technologien möglich sind und die Folgen dieser Eingriffe sind übersehbar. Wir haben (2) keine Evidenz, dass in absehbarer Zeit gänzlich anders gearbete Anwendungen dieser Technologien hinzukommen werden. Wir können (3) übersehen, dass das Angebot dieser Technologien rechtlich regelbar ist und (4) ist es nicht ersichtlich, dass die Technologien fundamentale gesellschaftliche Veränderungen bewirken und Unbeteiligte beeinträchtigen. (5) Auf der Basis einer normativen Theorie, die sagt, dass wir so viel wie möglich Freiheitsspielräume von Menschen schützen müssen, könnte (6) das Ergebnis lauten, dass das Angebot von Enhancement-Technologien moralisch vertretbar ist.

Diese Argumentationssequenz hat – wie gesagt – nur veranschaulichende Bedeutung, ich muss nicht eigens betonen, dass sie nicht Ausdruck meines eigenen moralischen Urteils ist. Man wird auch unschwer noch Gesichtspunkte ergänzen können. Wichtig für die *Theorie ›gemischter Urteile‹* ist es nun, dass die Triftigkeit der Teilargumente 1–5 von sehr unterschiedlichen Disziplinen verantwortet wird. Teilurteil (1) ist eine Frage an Naturwissenschaftler. Ob wir in der Tat die Folgen der technologischen Eingriffe übersehen, ist unabhängig davon, ob die normative Theorie

aus Urteil (5) trifft ist, wonach wir möglichst viele Freiheitsspielräume von Menschen schützen müssen. Dissense über das moralische Urteil können also darauf beruhen, dass man mit einem der Teilurteile nicht einverstanden ist. A kann also der Meinung sein, dass die normative Theorie (5) zutrifft, aber dass die Einschätzungen zum Forschungsstand (1) und zur rechtlichen Regelbarkeit (3) unzutreffend sind. B dagegen ist der Auffassung, dass in den Urteilen (1–4) alles zutreffend beschrieben wurde, teilt aber nicht die moralisch-normative Theorie in (5). Es können also Vertreter einer moralisch-normativen Theorie zu einem völlig unterschiedlichen moralischen Urteil in dieser Sachfrage kommen, und es ist ebenfalls möglich, dass man über faktische Einschätzung der relevanten Sachverhalte Einigkeit erzielt, aber im Hinblick auf das moralische Beurteilungskriterium divergiert.

Mit ›gemischten Urteilen‹ ist also gemeint, dass die Berechtigung dieser Urteile in unterschiedlichen Disziplinen und Diskursen geprüft wird. Die Ausführungen klingen vielleicht trivial. Für die Verständigungsmöglichkeiten im bioethischen Diskurs wäre hingegen viel gewonnen, wenn man sich auf dieses grundlegende Verständnis von Interdisziplinarität einigen könnte. Es soll jedoch noch kurz auf vier mögliche Missverständnisse hingewiesen werden:

1. Für die *Praxis des interdisziplinären Diskurses* ist es wichtig zu verstehen, dass hier nur verschiedene Fragen und ihre Beantwortungskompetenzen unterschieden wurden. Damit ist nichts darüber gesagt, welche Arbeitsform für das interdisziplinäre Gespräch angemessen ist. In der Regel ist es wenig sinnvoll, wenn ein Philosoph sich lediglich vom Mediziner erklären lässt, was man denn für technologische Möglichkeiten hat. Oft ist es erforderlich, zumindest im Ansatz die Arbeitsweise und theoretischen Voraussetzungen der anderen Disziplin zu verstehen, um die Bedeutung dieser Informationen einigermaßen einschätzen und kritisch diskutieren zu können.

2. Mit den angedeuteten Unterscheidungen sind keine starken Annahmen über das *Verhältnis von Fakten und Werten* verbunden. So wird nicht unterstellt, dass Fakten wertfrei zu ermitteln sind, vielmehr wäre es Aufgabe des ethischen Diskurses, solche Wertannahmen zu thematisieren. Ebenso wenig muss man unterstellen, dass Werte unabhängig von der sozialen Welt existieren, dass es einen Leib-Seele-Dualismus gibt oder dergleichen. Aber es wird angenommen, dass eine korrekte Beschreibung von dem, *was der Fall ist*, und die Begründung dafür, dass wir etwas *tun sollen*, unterschiedliche Dinge sind.

3. Auch wenn hier verschiedene Teilfragen unterschieden wurden und die Notwendigkeit der Interdisziplinarität betont wurde, besteht in der Bioethik doch *methodischer Vorrang der normativen Ethik* vor den anderen genannten Disziplinen. Denn erst abhängig von den Annahmen der normativen Ethik bestimmt sich, welche empirischen und prognostischen Fragen überhaupt untersucht werden müssen. Wenn man z. B. eine moralische Position vertritt, nach der die körperliche Erscheinung des Menschen technisch nicht verändert werden darf (etwa aus religiösen Gründen), dann ist ein Großteil der genannten empirischen Fragen schlicht irrelevant. Oder für eine extrem libertäre Position, die Freiheitseinschränkungen nur als legitim ansieht, wenn direkt grundlegende Freiheitsrechte Anderer betroffen sind, dürfte eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von kulturellen und gesellschaftlichen Konsequenzen der Enhancement-Technologien nicht relevant sein. Für diese wären Risikoeinschätzungen wahrscheinlich ausreichend. Die normative Ethik bestimmt also in der Bioethik, welche weiteren Teilfragen überhaupt relevant sind und welche Dringlichkeit sie haben.

4. Schließlich könnte man den Eindruck haben, dass eine so stattliche Liste an relevanten Fragen eine hoffnungslose Überforderung für den Bioethik-Diskurs darstellt.

Man kann nie hoffen, auf all die Fragen eine Antwort zu finden, und daher wird es nie eine Antwort auf dringende moralische Fragen geben. Auch dieser Themenkomplex wird zurückkommen (s. besonders Kap. III.4.2). Für den Augenblick reicht es zu betonen, dass die Tatsache, dass wir über die Folgewirkungen mancher Technologien nur wenig wissen, moralisch in der Tat ein Grund sein kann, ihre Anwendung als moralisch unvertretbar oder als nur unter besonderen Auflagen statthaft anzusehen. Falls die Beantwortung einzelner empirischer Fragen für eine moralische Frage besonders wichtig ist, so wäre das zudem ein Grund, entsprechende Forschung über diese Aspekte moralisch zu fordern.

In jedem Fall werden bei einem Urteil im Bereich der Bioethik moralphilosophische Annahmen gemacht. Es ist kein moralisches Urteil über Entwicklungen der Life Sciences oder der Praxis der Biomedizin denkbar, bei dem nicht Annahmen gemacht werden, die moralphilosophisch umstritten sind. Man kann also gar nicht anders, als über die Geltung dieser Annahmen nachzudenken. Das ist der Grund, warum in Kapitel II dieses Buches die moralphilosophischen Aspekte der Bioethik so ausgiebig besprochen werden. Darüber hinaus werden in beinahe allen Bereichen der Bioethik Voraussetzungen über philosophisch schwierige Begriffe gemacht, wie das ›Leben‹, die ›Natur‹, den ›Menschen‹, die ›Gesellschaft‹, über die Bedeutung des ›Geschlechts‹ oder der ›Technik‹. Daher sollen diese Dimensionen der Bioethik in Kapitel III besprochen werden. Erst danach sollen in Kapitel IV konkrete Diskussionsfelder der Bioethik vorgestellt werden. Zunächst geht es jedoch im Rahmen der Einleitung darum, auf die *Entwicklungen in den Naturwissenschaften* einzugehen, die die Bioethik reflektiert, kurz in die *Geschichte der Bioethik* einzuführen, und einige *Definitionsmöglichkeiten des Begriffs ›Bioethik‹* vorzustellen.

2. Biowissenschaften, Biomedizin, Bioethik: Situationsbeschreibung

Auch wenn die Bioethik also *nicht nur* als Wissenschaft auftritt, so wird bei den bioethischen Diskussionen im öffentlichen Raum dennoch eine Reflexionskompetenz in Anspruch genommen, die die akademische Bioethik zu entwickeln hat. Diese Aufgabe ist nicht einfach, weil wir in der Ethik bzw. Moralphilosophie selbst mit einer Vielfalt von theoretischen Konzepten konfrontiert sind und weil die erforderliche Interdisziplinarität bioethischer Forschung eine enorme Herausforderung darstellt. Diese Herausforderung ist mit Entwicklungen in den Life Sciences selbst verbunden und mit den damit einhergehenden politischen und öffentlichen Reaktionen, weshalb zunächst kurz auf diese Entwicklungen, die mit der Entstehung der Bioethik intern verbunden sind, eingegangen werden soll. Dabei geht es nicht im engeren Sinne darum, einen Überblick über die naturwissenschaftliche Forschung zu geben, wozu mir als Philosoph die Kompetenz fehlt. Vielmehr ist es das Ziel, die Herausforderungen dieser Entwicklungen für die bioethische Diskussion zu markieren.

In den angedeuteten Diskussionen über den Hirntod schien das ärztliche Ethos an eine Grenze gekommen zu sein. Man ging anscheinend jedoch davon aus, dass dieses Ethos im Prinzip hinreichend Orientierungskapazitäten besitzt, aber bestimmte Handlungssituationen nicht antizipiert hat. Eine andere Diskussion war nach dem Krieg von einschneidender Bedeutung für die Medizin- oder Bioethik. Im Gefolge der *Ärzteprozesse von Nürnberg*, in denen die Möglichkeit vor Augen geführt wurde, dass medizinische Forschung unmenschliche Züge annehmen kann, wurde darüber nachgedacht, was denn im Allgemeinen die Bedingungen moralisch akzeptabler

Experimente an Menschen sind. Diese Diskussion erfolgte parallel zur Entwicklung der Allgemeinen und Europäischen Menschenrechtserklärungen und einer damit verbundenen Neubewertung von Individualrechten. In der Konsequenz führte dies zu einer Neuorientierung des medizinischen Ethos. Medizinisches Handeln wird nicht mehr allein durch den Heilbefehl des Arztes legitimiert, wie dies in der hippokratischen Tradition dominant war. Vielmehr muss das ärztliche Handeln vom Patienten bzw. im Falle des Humanexperiments vom Probanden bewusst legitimiert werden. Dieser Paradigmenwechsel wurde vom Weltärztebund in seinen Erklärungen von Helsinki (1964) und Tokio (1975) dadurch zum Ausdruck gebracht, dass die Legitimität medizinischer Handlungen von der *freien und informierten Zustimmung* (›free and informed consent‹) der Betroffenen abhängig gemacht wird (zum ›informed consent‹ vgl. Faden/Beauchamp 1986; O'Neill 2002; Beylveid/Brownsword 2006; Manson/O'Neill 2007).

Dieser Paradigmenwechsel war für die Bioethik in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Zum einen betonen nahezu alle *Bioethik-Deklarationen* die normative Geltung der informierten Zustimmung (vgl. etwa die UNESCO-Deklaration: UNESCO 2006). Aber auch die wissenschaftliche Bioethik-Literatur ist durch eine große Konzentration auf Fragen zu diesem Thema gekennzeichnet. So werden *begriffliche Unterscheidungen* vorgenommen und es werden *Bedingungen* dafür formuliert, wann eine Zustimmung wirklich als *frei* und *informiert* gelten kann (s. zu dem Thema Kap. IV.1.1). So wird etwa gefordert, dass medizinische Informationen umfassend vermittelt werden müssen, dass der Arzt keine wichtigen Informationen unterschlagen darf, dass Risiken und alternative Behandlungsmöglichkeiten genannt werden und dass die Informationen dem Patienten/der Patientin auf eine dem Laien verständliche Weise vermittelt werden müssen. In den letzten Jahrzehnten wurde häufig empirisch untersucht, wie diese Zustimmung in der Praxis erteilt wird und inwiefern diese Praxis den Anforderungen der informierten Zustimmung Rechnung trägt (vgl. etwa Molewijk et al. 2004).

Die Betonung der informierten Zustimmung ist aber nicht allein ein Detail in der Veränderung medizinischer Praxis, sondern es handelt sich um eine fundamentale Weichenstellung für die gesamte Diskussion der Medizin- und Bioethik. So wurde es zu einem zentralen Thema der Bioethik, wie man denn mit Patienten umgehen müsse, die nicht in der Lage sind, eine solche Zustimmung zu erteilen, etwa weil sie nicht über die mentalen Fähigkeiten verfügen, die für ein Verständnis der medizinischen Information erforderlich sind. Ferner ist die standesrechtliche Verbindlichkeit der informierten Zustimmung von Helsinki/Tokio die wesentliche Basis dafür, dass inzwischen weltweit sog. ›Ethikkommissionen‹ medizinische Experimente am Menschen begutachten müssen.

Darüber hinaus ist die informierte Zustimmung in vielen Dokumenten die wichtigste Konkretisierung für Begriffe wie Menschenwürde, Autonomie und Individualrechte. Der Schutz der Autonomie etwa wird fast durchgängig im Sinne des Schutzes der informierten Zustimmung konkretisiert. Hinsichtlich des Schutzes von Menschenwürde und Menschenrechten wird zwar im Allgemeinen angenommen, dass dazu noch mehr gehört als die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen; etwa wird meist gefordert, dass jeder Zugang zu medizinischen Leistungen haben muss. Aber man kann sicherlich konstatieren, dass in der bioethischen Literatur der Gedanke dominant ist, dass der Schutz von Autonomie und Menschenwürde durch das Instrument der informierten Zustimmung erreicht werden soll.

Nun ist dieser Übergang von einem paternalistischen Ärzteethos hin zum neuen Paradigma zwar sehr grundlegend, doch stellt die Fokussierung auf die informierte