



ZUKUNFTSFORUM  
POL



103 | 2010  
Dirk Lanzerath

Herausforderungen  
der Bioethik



ISBN 978-3-941904-39-2

[www.kas.de](http://www.kas.de)



Konrad  
Adenauer  
Stiftung

## INHALT

5	VORWORT	
7	EINFÜHRUNG	
9	A. ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN DURCH DIE BIOWISSENSCHAFTEN IN DER MODERNE WISSENSCHAFTLICHE INTERDISZIPLINARITÄT UND LEBENSWELTLICHE INTEGRATION	
	I. Sprachkonflikte: „life sciences“ vs. „humanities“	10
	II. Interpretationskonflikte: Wissenschaftskulturen und Lebenswelten	12
	III. Wertkonflikte: Normfindung in Wissenschaftskultur und pluraler Welt	14
	IV. Fazit und Ausblick	17
	Weiterführende Literatur	18
19	B. DREI AUSGEWÄHLTE BIOMEDIZINISCHE HANDLUNGSFELDER UND IHRE BIOETHISCHEN HERAUSFORDERUNGEN	
	I. Herausforderung Stammzellforschung:	
	Embryonenschutz und Heilungserwartung	19
	1. Ziele und Mittel der Stammzellforschung	20
	2. Die Alternativen zu embryonalen Zellen	22
	3. Umgang mit Embryonen in der Forschung und der Würdeschutz	23
	4. Der rechtliche Kompromiss	25
	5. Fazit und Ausblick	27
	Weiterführende Literatur	28
	II. Herausforderung Sterbehilfe: Selbstbestimmung am Lebensende	29
	1. Entwicklung der Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland	31
	2. Stellungnahmen zur Sterbehilfe	33
	3. Rechtliche Regelung zur Patientenverfügung	36
	4. Fazit und Ausblick	38
	Weiterführende Literatur	38
	III. Herausforderung Enhancement: Anthropotechniken und ärztliches Ethos	39
	1. Enhancement und die Zielsetzungen ärztlichen Handelns	40
	2. Medikalisierung der Lebenswelt	42
	3. Fazit und Ausblick	45
	Weiterführende Literatur	46

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.  
unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch  
elektronische Systeme.

© 2010, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.  
Printed in Germany.  
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-941904-39-2

48 | DER AUTOR

48 | ANSPRECHPARTNER IN DER  
KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

## VORWORT

Debatten über Biologie und Medizin finden schon lange nicht mehr nur in akademischen Expertenzirkeln statt, sondern dringen immer wieder in die Öffentlichkeit vor. Wie kaum eine andere Disziplin stehen die Biowissenschaften in der Kontroverse und führen zu gesellschaftlichen Auseinandersetzungen auf breiter Front. Dies liegt nicht nur an ihren viel beschworenen Innovationspotentialen, sondern auch daran, dass sie mit erheblichen Risiken verbunden sind, die den Menschen in seinem Kern, d. h. in seiner Würde, seinen Grundrechten und in seinem Selbstverständnis, berühren. Die Biowissenschaften bedürfen daher einer gründlichen Reflexion – in den Fachdisziplinen, aber auch in Gesellschaft und Politik.

Letztlich stellt sich in dieser Debatte die Frage nach unserem Bild vom Menschen: Wie weit reicht sein Selbstbestimmungsrecht? In welcher Weise kann und darf der Mensch die menschliche „Natur“ verändern? Umfasst das Selbstbestimmungsrecht über die Möglichkeiten des Heilens hinaus auch ein Selbstgestaltungsrecht? Wie sind Eingriffe zu bewerten, wenn sie Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur bewirken?

In der vergangenen 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags wurden einige bioethisch umstrittene Themen zu einem vorläufigen parlamentarischen Abschluss gebracht, wie etwa die Verschiebung des Stichtags im Stammzellgesetz, die Patientenverfügung, die Regelung der Spätabtreibungen und das Gendiagnostikgesetz. Dennoch sind die Diskussionen nicht beendet, sondern werden – wie schon jetzt erkennbar – erneut aufbrechen. Neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse werden in einzelnen Anwendungsgebieten eine ethische Auseinandersetzung verlangen, die die naturwissenschaftlichen Ergebnisse in ihrer gesamten Tragweite analysiert und auf der Höhe des Forschungsstandes aufarbeitet.

Die Bioethikdebatten in Deutschland werden in der Regel auf einem sehr hohen Niveau geführt. Dies liegt auch daran, dass der Durchbruch der modernen Biowissenschaften aus dem akademischen Bereich in die praktische Umsetzung von Beginn an von Chancen-Risiko-Diskussionen begleitet wurde. Die Konferenz von Asilomar (1975) in der Anfangszeit der Gentechnologie, in der die Wissenschaftler selbst die Chancen und Risiken ihrer Forschungsarbeit reflektierten, gehört zu den mittlerweile legendären Beispielen für (selbst-)kritischen Umgang mit den neuen Möglichkeiten der Biowissenschaften. Trotzdem sind bioethische Konflikte nicht selten emotional aufgeladen. Dies kann nicht verwundern: Schließlich geht es um Fragen von Leben und Tod sowie um Grundfragen des menschlichen Daseins. Vermeintliche oder tatsächliche Tabubrüche der Biowissenschaften führen zu tiefen Verunsicherungen.

Es erscheint notwendig, zur Sachlichkeit zu mahnen, um Fehlentscheidungen und Fehlentwicklungen zu vermeiden. Gerade weil ein Ende der „biowissenschaftlichen Revolution“ nicht absehbar ist, müssen die Weichen richtig gestellt werden. Die Beobachtung des biomedizinischen Fortschritts, die gründliche Reflexion der möglichen Folgen, die Überprüfung des eigenen Standpunktes und das Schärfen der Argumente gehören zu den biopolitischen Daueraufgaben, die keinen Aufschub dulden.

In einer Gesellschaft, in der Wertüberzeugungen einem zunehmenden Wandel unterworfen sind und der Pluralismus von Lebensformen und Moralauffassungen zunimmt, ist es wichtig, sich einer gemeinsamen Grundlage zu versichern, auf der die Debatten geführt werden können. Dieser gesellschaftliche Diskurs bedarf Darstellungen, die nüchtern und sprachlich verständlich die Voraussetzungen, die Probleme und die möglichen Folgen der Biowissenschaften darlegen.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung befasst sich seit langem mit bioethischen Fragen. Bei einer Gesprächsrunde mit italienischen und deutschen Fachleuten über Herausforderungen der Bioethik am 9. Oktober 2009 in Rom diente der Text des Bonner Biologen und Philosophen Dr. Dirk Lanzerath als Diskussionsgrundlage. Er wird mit dieser Broschüre einem breiteren Kreis von Interessierten zugänglich gemacht.

Karlies Abmeier | Norbert Arnold

## EINFÜHRUNG

Designer-Babys entspringen nach Wünschen der Eltern aus dem *In-vitro*-Shop, das Individuum wird per Gentest zum gläsernen Menschen und damit gezwungen, das Innerste seiner biologischen Natur zur Schau zu tragen, der Kostendruck im Gesundheitswesen droht aus dem Recht auf einen natürlichen Tod eine Pflicht zum Sterben zu machen. Wenn dieses und mehr in der Tagespresse zu lesen ist, kommt der Verdacht auf, dass die zivilisierte Menschheit sich von ihren letzten Tabus getrennt hat, und all das vollzieht, was biotechnisch machbar ist. Ist dies die „Schöne neue Welt“, in der alles ausprobiert wird und der nichts mehr heilig ist? Genauer hingeschaut lesen sich jedoch die wissenschaftlichen Ergebnisse meist nüchterner. Nicht alles, was gedacht wird, ist auch (schon) realisierbar. Und die Aussage, dass alles, was gemacht werden kann, auch gemacht wird, trägt eher die Beweislast bei sich selbst, als dass sie umgekehrt als belegt gelten könnte.

Dennoch ist nicht zu übersehen, dass die Grenzen des Machbaren weiter verschoben werden. Gen- und Biotechnik erlauben uns immer mehr, in die Natur einzugreifen: in die Natur um uns herum, aber auch in unsere eigene Natur. Nicht *dass* der Mensch in die Natur eingreift, ist neu, denn das tut er, seitdem er auf der Erde erschienen ist. Neu hingegen sind *Tragweite* und *Tiefe des Eingriffs*. Mit der Zunahme der Tiefe von Einsicht und Eingriff nimmt aber zugleich auch die *Ambivalenz* der Folgen zu. Einerseits wird

das Spektrum eines verantwortbaren und der Menschheit dienlichen Gebrauchs dieser neuen Mittel deutlich, wie die Fortschritte in der Therapie zeigen, andererseits steigt die Gefahr des Missbrauchs ständig. Dabei sind es weniger die Biowissenschaften selbst, die uns Angst machen. Vielmehr besteht die Sorge darin, dass uns ein Diskurs über Normen, die den Einsatz der Biowissenschaften und die Anwendung ihrer Ergebnisse eingrenzen, überfordert. Denn die Angst vor moralischen Dammbrüchen mündet oft in der Forderung nach generellen Verboten. Der notwendige ethische Diskurs erfordert hingegen eine genaue Analyse der Probleme, mit denen sich die Gesellschaft bei den Anwendungen der Biowissenschaften konfrontiert sieht, damit sorgfältige bioethische Abwägungen Schritt für Schritt erfolgen können. Daher sollen zunächst in einem ersten Teil (A) die grundsätzlichen wissenschaftlichen, wissenschaftsethischen und wissenschaftspolitischen Herausforderungen aufgezeigt werden, die sich aus den neuen biomedizinischen Handlungsmöglichkeiten ergeben, um dann in einem zweiten Teil (B) die Anforderungen innerhalb ausgewählter Handlungsfelder zu diskutieren.

## A. ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN DURCH DIE BIOWISSENSCHAFTEN IN DER MODERNE

### WISSENSCHAFTLICHE INTERDISZIPLINARITÄT UND LEBENSWELTLICHE INTEGRATION

Die Herausforderungen für unser Handeln und dessen Folgen im Bereich der Biowissenschaften sind vielgestaltig. Die moderne Welt, in der wir zu Hause sind, ist geprägt durch zwei gegenläufige Tendenzen: Einerseits leben wir in einer Welt hochgradiger *Diversifizierung*, die sich durch Arbeitsteiligkeit und Spezialisierung auszeichnet, andererseits führen kurze Verkehrs- und Kommunikationswege zu einer *Globalisierung*, durch die Wirtschaft und Wissenschaft gleichermaßen betroffen sind. Ersteres führt dazu, dass wir den Kollegen der benachbarten Fakultät an der gemeinsamen Universität nicht mehr verstehen und der Typus des Universalgelehrten aussterben musste. Letzteres hat zur Folge, dass Forschung nur noch selten ein nationaler, aber immer häufiger ein internationaler Vorgang ist, bei dem *universale* Methoden auf *regionale* Interpretations-, Sprach- und Wertesysteme treffen. Ein solches Konglomerat aus *neuer Ferne* (Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit) und *neuer Nähe* (Globalisierung) bildet den Hintergrund für die wichtige Frage, welche Verantwortung wir in dieser modernen Welt unbedingt wahrnehmen müssen angesichts der Grenzen unseres Wissens und Könnens.

Oftmals wird in der bioethischen Debatte ein Wertewandel oder gar Werteverlust in unseren Gesellschaften unterstellt. Näher betrachtet handelt es sich jedoch um eine Vielzahl von Konflikten (O. Renn), die unterschiedlicher Natur sind und zu bioethischen Dissensen in der Gesellschaft führen. Es sind vor allem die *Interpretationsmuster* in der *sprachlichen Diversifizierung*, die in unsere Werturteile mit eingehen und die bioethische Debatte prägen. Der Blick auf die Biowissenschaften kann paradigmatisch dazu dienen, die Probleme heterogener Interpretationsmuster und die Frage der Verantwortung in der modernen arbeitsteiligen und pluralisierten Gesellschaft sichtbar zu machen.

Drei Grundkonflikte lassen sich an dieser Stelle beschreiben: Der *Sprachkonflikt* (A.I.) betrifft die Disziplinen in der Wissenschaftskultur; daraus ergibt sich beim Zusammentreffen mit den Erfordernissen der menschlichen Lebenswelt ein *Interpretationskonflikt* (A.II.); schließlich trifft man auf einen *Wertkonflikt* (A.III.) in der pluralen Gesellschaft, wenn es zu praktischen Normsetzungen im Handlungsfeld der Biowissenschaften kommt. Andere Konfliktfelder wie Interessenkonflikte, Wissenskonflikte, ökonomische Konflikte sollen an dieser Stelle vernachlässigt werden.

### **I. SPRACHKONFLIKTE: „LIFE SCIENCES“ VS. „HUMANITIES“**

Seit dem Übergang von der Universitas des Mittelalters in die Bedingungen der Neuzeit haben sich die Sprachen der wissenschaftlichen Einzeldisziplinen in einem bemerkenswerten Maß auseinanderentwickelt. Die empirischen Untersuchungen des Philosophen Aristoteles zur Physik und zur Biologie waren beachtlich und von langer Gültigkeit. Die mittelalterlichen Akademien boten vor Jahrhunderten noch Raum für gemeinsame Dispute der verschiedenen akademischen Disziplinen. Selbst J. W. von Goethe war noch im 19. Jahrhundert gleichzeitig der Autor des *Faust* sowie der *Metamorphose der Pflanzen* und hatte als Naturforscher das stammesgeschichtlich bedeutende Os intermaxillare beim Menschen entdeckt. Ganz im Gegensatz dazu versteht der systematisch arbeitende und morphologisch denkende Biologe der Jetztzeit den Fachbeitrag seines Kollegen aus der Molekularbiologie kaum noch. Die Fakultäten und Fachbereiche arbeiten eher selbstzentriert, und die Zusammenarbeit zwischen Physiologie und Molekularbiologie – um nur ein Beispiel zu nennen – gilt heute bereits als ein interdisziplinärer Ansatz. Erst der Druck der Handlungspraxis, das Hineinwachsen wissenschaftlicher Ergebnisse oder

Anwendungen in die Gesellschaft macht darauf aufmerksam, dass die Einzelwissenschaften sich nicht im kontextfreien Raum entfalten, sondern dass sie gesellschaftliche Implikationen enthalten, die nicht mit den Methoden und Sprachen der eigenen Disziplin angegangen werden können. Das ist dann der Moment, in dem man sich als Naturwissenschaftler oder Mediziner vielleicht doch an die Kollegen aus den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften oder aus Theologie und Philosophie erinnert, um das gemeinsame Gespräch zu suchen. So gibt es im akademischen Bereich inzwischen vermehrt Orte, an denen transdisziplinär diskutiert und gearbeitet wird. Aber jeder, der hierin involviert ist, kennt die Schwierigkeiten und Mühen, die Sprachbarrieren zu überwinden und das gemeinsame Gespräch fruchtbar zu gestalten, ohne dass eine Einzeldisziplin einen hegemonialen Anspruch erhebt, wie dies bspw. 1899 Ernst Haeckel in *Die Welträthsel* versuchte und derzeit von einigen Vertretern in den Neurowissenschaften (W. Singer, G. Roth u. a.) verfolgt wird.

Mit dem Aufriss dieses Sprachkonfliktes ist das grundlegende Problem des Verhältnisses zwischen „life sciences“ und „humanities“ angesprochen. Der Sache nach hat dies Charles P. Snow bereits deutlich zur Sprache gebracht. Resigniert stellte er 1964 im Anschluss an seine berühmte Rede-Lecture von 1959 in *The Two Cultures: A Second Look* fest, dass es der westlichen Gesellschaft an einer gemeinsamen Kultur fehle, denn es sei ein kommunikativer Graben zwischen den „scientists“ und „literary intellectuals“ entstanden. Snows Sprechweise von den „zwei Kulturen“ („the two cultures“) hebt in erster Linie auf die unterschiedlichen Sprachen von empirischen und hermeneutischen Wissenschaften ab. Da die Sprachen nicht mehr übereinander passen, ist den Akteuren nur noch ein schmaler Grad der Kommunikation verblieben. Aus den gegenseitigen Verständnisschwierigkeiten ergeben sich theoretische wie praktische Konsequenzen: hinsichtlich der Befriedigung unserer theoretischen Neugierde (Selbst- und Naturverständnis) und hinsichtlich unserer praktischen, sorgenden Handlungen (Selbst- und Naturverfügung). So ist es gerade die gemeinsame Praxis, die sie wieder zusammenführt, die aber auch den Handlungsdruck verspüren lässt, eine gemeinsame Richtung zu finden, abseits theoretischer Inkommensurabilitäten.

Die Naturwissenschaften sind seit der Neuzeit unter anderem deshalb so erfolgreich, weil ihr Blick methodisch eingeschränkt ist und Aussagen immer nur unter vorher definierten Rahmenbedingungen zutreffen können. Für einen Großteil der Biowissenschaften ist damit aber nur der

Bereich der „Laborbedingungen“ abgedeckt und dieser ist different von der Lebenswelt. Genau hier stellen sich die Fragen, welchen Einfluss die Biowissenschaften auf lebensweltliche *Entscheidungen* haben und welche *Orientierungsleistungen* ihr dabei zukommen können. Die Ergebnisse und Anwendungen aus den naturwissenschaftlichen Disziplinen treffen bspw. dann auf Anforderungen der lebensweltlichen Praxis, wenn Genetik in technischen oder medizinischen Anwendungen *praktisch* wird (z. B. gentechnisch veränderte Lebensmittel, prädiktive genetische Tests). Während die Fragen, ob sich das Weltall ständig ausdehnt oder ob die Stringtheorie verlässlich ist, für die Befriedigung der theoretischen Neugierde relevant sind, sind solche theoretischen Überlegungen nur von begrenzt lebenspraktischer Bedeutung. Doch ob bspw. die klinische Feststellung einer Vervielfältigung des DNA-Abschnitts CAG im individuellen Genom einen tödlichen Krankheitsverlauf (Chorea Huntington) prognostizieren lässt, ist von lebenspraktischer, ja von überlebenswichtiger Relevanz. Diese Form genetischen Wissens kann entscheidend für die persönliche Lebensplanung sein. Die Herausforderung liegt dann darin, die Sprachen des Verfügungswissens mit den Sprachen des Orientierungswissens zusammenzubringen. Aus derartigen *Sprachkonflikten* entwickeln sich *Interpretationskonflikte* – bspw. zwischen Arzt und Patient –, die auch unseren normativen Diskurs erheblich beeinflussen.

## II. INTERPRETATIONSKONFLIKTE: WISSENSCHAFTS- KULTUREN UND LEBENSWELTEN

Ein vielleicht entscheidendes Novum moderner Herangehensweise an ethische Fragestellungen, die mit den modernen Wissenschaften und ihren Anwendungen zu tun haben, liegt darin, dass von den Einzelwissenschaften vermehrt das Bewusstmachen jener zentralen *Hintergrundannahmen gefordert werden* muss, die in ihren Aussagen enthalten sind und man seitens der normativen Disziplinen auf das Wahrnehmen der Ergebnisse der Einzelwissenschaften drängen muss.

Sieht man sich nur einmal den kleinen Bereich der embryonalen Stammzellforschung an, mit denen sich weltweit nur einige Spezialisten beschäftigen, so werden die Interpretationskonflikte und unreflektierten Hintergrundannahmen sehr deutlich. Als 1997 die Arbeit über das Klonschaf Dolly publiziert wurde, sprach alle Welt über das Klonen, aber kaum jemand über embryonale Stammzellen (ES-Zellen), obwohl diese bei Mäusen längst etabliert waren. Niemand in der breiten Öffentlichkeit

konnte etwas mit dem Begriff der „ES-Zellen“ anfangen. Erst mit der Etablierung humaner Stammzellen durch die Thompson-Gruppe 1998 und die Ankündigung Großbritanniens im *Robertson Bericht*, Klonen von Embryonen zu therapeutischen Zwecken zuzulassen, trug dazu bei, dass der Begriff der „ES-Zelle“ selbst in den Feuilletons hoffähig wurde. Heute scheut sich kaum mehr ein Wissenschaftler oder Journalist, der Öffentlichkeit Begriffe wie Blastozyste oder Mitochondrien-DNA zuzumuten. Nun könnte man dies als einen normalen Prozess in einer technik- und wissenschaftsgeprägten Welt auffassen. Wie selbstverständlich fahren wir Autos mit ABS, ESP oder ARS und denken, wir haben etwas für unsere Fahrsicherheit getan. Aber wer interessiert sich schon genau dafür, wie solche Techniken funktionieren und wer könnte sie ohne entsprechende Ausbildung überhaupt verstehen und erklären. Ist dies nun analog der Fall bei unserem Verständnis von ES-Zellen? Wenn dies so wäre, hätte das Thema wohl kaum so lange sämtliche Ressorts der deutschen Tageszeitungen gefüllt und auch nicht so sehr die Gemüter bewegt. Offensichtlich geht es hier um etwas ganz anderes. Es geht darum, dass die neuen Formen vom Umgang mit menschlichem Leben deutlich an unseren *Grundverständnissen von menschlichem Leben*, an unserem Verständnis von biologischer Lebensentwicklung, an der Vorstellung von der Irreversibilität der Stufen menschlicher Lebensentwicklung rütteln. Wir können künstlich Lebensvorgänge in die eine oder andere Richtung manipulieren, wir können Artefakte herstellen, indem wir Zellkern, Zellmembran und Zellflüssigkeit von unterschiedlichen Zelltypen zusammenführen, möglicherweise sogar von unterschiedlichen Spezies. Mit der *synthetischen Biologie* kann vielleicht schon bald ein Organismus ganz neu konstruiert werden oder zusammen mit Informationstechnik könnte eine neue Form der Lebewesen-Maschine-Schnittstelle entstehen. Damit verschwimmen bisher angenommene Grenzlinien, die auch von normativer Relevanz sind. Wo beginnt der Mensch, wo hört die menschliche Zelle auf, wo entsteht der Hybrid, wo die Chimäre, wo der Cyborg?

Mit einem Mal lassen sich bewährte Grundkonzepte nicht mehr ohne weiteres auf die neue Forschungswirklichkeit anwenden. Die Reprogrammierung einzelner Zellen von späten Entwicklungsschritten zu früheren Stadien hin galt lange Zeit als unmöglich. Jetzt scheint genau dies bei *induzierten pluripotenten Stammzellen* (iPS-Zellen) zu funktionieren (s. u. B.I.2.). Was besagt dies aber über das Entwicklungspotenzial von Zellen, wo doch der Begriff der Totipotenz bspw. im deutschen *Embryonenschutzgesetz* als normativer Begriff eingeflossen ist und das Gesetz

ein solches Zellstadium schützt mit Rekurs auf die Menschenwürde? Ist man nicht von der klaren Differenz von Keimbahnzellen und Körperzellen, totipotenten und nicht-totipotenten Zellen ausgegangen?

Wir können diese Fragen nicht aus den Einzelwissenschaften alleine heraus beantworten, vielmehr bedarf es einerseits ein entschiedenes Befassen der Einzelwissenschaften mit Hintergrundannahmen – von denen sie fleißig Gebrauch machen, die aber bislang recht unreflektiert geblieben sind – und andererseits bedarf es seitens der Anthropologie, Naturphilosophie und Ethik des Wahrnehmens und Aufnehmens von neuen einzelwissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Einbindung in die eigene Reflexion und Hermeneutik. *Letztlich bedeutet dies nichts Geringeres als die Forderung nach einer partiellen hermeneutischen Kompetenz für die Lebenswissenschaften und nach einer partiellen naturwissenschaftlichen Kompetenz für die normativen Disziplinen.* Beides ist alles andere als selbstverständlich. Hierfür ist ein Aufeinanderzugehen und ein Finden neuer Kommunikationswege unerlässlich, um den Herausforderungen von Sprachkonflikten und Interpretationskonflikten zu begegnen. Nimmt man diese Herausforderungen nicht an, werden sich die Subsysteme unserer Gesellschaft immer weiter voneinander entfernen und in der gemeinsamen Lebenspraxis immer deutlichere Konflikte provozieren. Dies können wir aber aus Verantwortung für uns und unsere Gesellschaft kaum wollen.

Die Schwierigkeiten der Sprachfindung und die Konflikte der Interpretationen für das *Verstehen von Welt* gelangen in der Praxis zu den Fragen der Normsetzungen für ein verantwortliches Handeln und stoßen so auf einen weiteren Konflikt, nämlich den Wert- oder Wertsetzungskonflikt.

### III. WERTKONFLIKTE: NORMFINDUNG IN WISSENSCHAFTS-KULTUR UND PLURALER WELT

Ethik – also die Reflexion über unser moralisches Handeln – kommt meist erst dann ins Spiel, wenn wir bisher vorhandene natürliche Grenzen überschreiten und wenn unsere traditionellen Verhaltensmuster auf moderne Handlungsanforderungen nicht mehr passen. So können mit den Grenzen des *Machbaren* auch Grenzen des *Erlaubten* verrückt werden. Hinzukommt die Internationalisierung von Forschung und ihrer Anwendung, die kulturelle Unterschiede in der moralischen Beurteilung zwangsläufig relativiert. Wie kann Ethik in der pluralen Moderne noch Geltungsansprüche aufrechterhalten?

Nun ist die *Pluralität von Rechtskulturen und Moral*en zweifellos ein Reichtum, der nicht nur der Geschichtlichkeit des Menschen entspricht, sondern unter den Bedingungen freier Entfaltung auch die Voraussetzung zur Entwicklung starker und gehaltvoller Formen menschlicher Verwirklichung ist. Doch bringt dies dort, wo die Natur des Handlungsfeldes und seiner Folgen übergreifende Regelungen fordert, Schwierigkeiten mit sich, die gelöst werden müssen, ohne den Reichtum der nationalen Rechtskulturen und der gewachsenen Moralen zu beeinträchtigen. Demonstriert nicht gerade, so ist zu fragen, die neue Nachfrage nach Ethik – für jedermann sichtbar – die Sackgasse, in die sich die neuzeitlich-moderne Ethik begeben hat (L. Honnefelder)?

Ansatzpunkt einer die Pluralität der Moralen und Rechtskulturen übergreifenden Regelung kann daher nur ein Komplex von Wertüberzeugungen und fundamentalen Normen oder Prinzipien sein, der als solcher allgemeine Zustimmung zu finden vermag. Das aber ist die Überzeugung von der *Würde des Menschen* und damit verbundener *Grundrechte* und -freiheiten. Ihre allgemeine Zustimmungsfähigkeit zeigt sich nicht zuletzt daran, dass sie Grundlage fundamentaler Rechtsnormen geworden sind, wie sie sich in den weltweit anerkannten Kodifikationen der Menschenrechte und in vielen nationalen Verfassungen finden.

Der Menschenrechtsgedanke, der vornehmlich in der antiken Philosophie, der jüdischen und christlichen Religion und in der europäischen Aufklärung wurzelt, hat sich in einer Weise zur Geltung gebracht, der seinen Entstehungskontext weit überschreitet und daher transkulturelle Geltung zu beanspruchen vermag. Es ist jedoch zu unterscheiden zwischen einerseits der Vielfalt der soziokulturellen Lebensformen, in die Menschenrechte eingebettet sind, sowie der Mehrheit und Verschiedenheit der philosophischen und religiösen Kontexte, durch die er vertieft begründet wird, und andererseits der Plausibilität, die dem Kern des Menschenrechtsgedankens jenseits der Vielfalt der Einbettungs- und Begründungszusammenhänge zukommt. Letztere verdankt sich ganz wesentlich den weltweiten Leid- und Unrechtserfahrungen durch Kriege und totalitäre Systeme der Moderne.

Es ist die zugrundeliegende Vorstellung vom Menschen, die es nahelegt, den Menschenrechtsgedanken, als Ansatzpunkt einer konsensfähigen ethisch-rechtlichen Grenzziehung in der Anwendung der modernen Wissenschaften und Techniken – insbesondere der Biowissenschaften – zu



begreifen. Denn der Mensch wird hier als ein Lebewesen verstanden, zu dessen Natur das Vermögen von Vernunft und Willen gehört. Dieses Vermögen ist die Basis seiner Moralfähigkeit. Mensch- und Subjektsein werden dabei als eine unlösliche Einheit verstanden. Deshalb wird die *Würde*, die dem Menschen als moralfähigem Subjekt eigen ist, *von keiner besonderen Eigenschaft oder Leistung abhängig gemacht, sondern dem Menschen allein deshalb zugesprochen, weil er ein menschliches Lebewesen ist* (L. Honnefelder).

Unter den Herausforderungen für Menschenrechte und Demokratie nimmt die Herausforderung durch die moderne Wissenschaft und Technik, insbesondere in Form von Medizin und Biotechnologie, eine spezifische Stelle ein. Denn sie betrifft die Natur, die zum Menschen selbst gehört und von der er selbst ein Teil ist. So stellen sich zentrale Fragen nach der Verfügbarkeit über die eigene Natur und die anderer Menschen: *Wie soll menschliches Leben geschützt werden, bevor es das aktive Vermögen der Selbstbestimmung aufweist (B.I.)? Wie dürfen wir sterben unter den Bedingungen moderner intensivmedizinischer Betreuung (B.II.)? Wie sehr darf außerhalb therapeutischer Zielsetzung die menschliche Natur mittels Biotechnik verändert werden (B.III.)?*

Wenn diese Natur in bislang unbekannter Weise „durchsichtig“ und veränderbar wird oder werden kann, sind stets der Mensch selbst, sein Selbstsein und sein Selbstverhältnis betroffen. Aus der Frage nach dem Umgang mit der Ambivalenz, die jedem technischen Mittel innewohnt, wird angesichts der neuen und immensen Reichweite dieser Ambivalenz eine Frage nach dem Menschen selbst. Der Mensch stellt sich selbst nicht nur in Frage, sondern hat auch die Mittel zur Verfügung, seine Gattungsnatur fundamental zu verändern. Mit den Grenzen von Eingriff und Einsicht wird zugleich das normative Selbstbild des Menschen, seine „Gattungsethik“ (J. Habermas) neu bestimmt. Damit wird zugleich eine spezifische Dialektik der Moderne sichtbar: Die Erweiterung der Selbstbestimmung durch die wissenschaftliche und technische Gewinnung neuer Handlungsräume löst Folgen aus, die den Menschen zwingen, dieser Erweiterung der Selbstbestimmung selbst wiederum – in Wahrnehmung seiner moralischen und rechtlichen Selbstbestimmung – Grenzen zu ziehen. Da diese normative Bestimmung zumindest in Teilbereichen die Natur der Spezies betrifft, kann sie nur durch einen weltweiten Diskurs aller Beteiligten gewonnen werden (L. Honnefelder). Da dazu die kulturelle Aneignung des wissenschaftlich Erforschten gehört, muss der Bei-

trag der Scientific Community über die Leistung der „sciences“ hinaus gehen und die Reflexion der wissenschaftlichen Forschung und ihrer Resultate durch die „humanities“, d. h. die Geistes- bzw. Kulturwissenschaften, umfassen. Deshalb ist nicht nur ein normativer Diskurs der Gesellschaft, sondern als deren Voraussetzung auch ein neuer Diskurs beider Wissenschaftskulturen erforderlich, der empirischen und der hermeneutischen. Auf diese Weise greifen alle drei aufgegriffenen Konfliktfelder ineinander: das der Sprachen, das der Interpretation und das der Werte.

#### IV. FAZIT UND AUSBLICK

Da man in einer pluralen Gesellschaft nicht erwarten kann, dass alle Mitglieder jegliche Vorstellungen teilen, kann die Herausforderung gemeinsamer biopolitischer Entscheidungen nur in Form eines mühsamen öffentlichen Diskurses angenommen werden. Von Hans Jonas stammt der Satz: „Wir müssen wieder Furcht und Zittern lernen und selbst ohne Gott, die Scheu vor dem Heiligen. Diesseits der Grenze, die es setzt, bleiben Aufgaben genug.“ Aber wo setzen wir diese Grenze? Der Rückgriff auf traditionelle Normen und ethische Prinzipien ist unerlässlich, doch lässt sich die Handlungsanweisung für das neue Szenario biowissenschaftlicher Anwendungen nicht einfach daraus ableiten. Wir müssen uns in gesellschaftlicher Verantwortung moralische Abwägungen zutrauen und diese auch in einen Diskurs über unsere nationalen Grenzen hinweg einbringen. Das ist der Preis, den wir für die moderne Welt (O. Höffe) zahlen müssen.

An drei ausgewählten Beispielen (Stammzellforschung (B.I.), Sterbehilfe (B.II.) und Enhancement (B.III.)), die ihrer Struktur nach sehr unterschiedlich sind, soll im Folgenden das Ringen um gemeinsame Normen, aber auch der Umgang mit bestehenden, grundsätzlichen Dissensen in unserer Gesellschaft verdeutlicht werden. In allen Feldern sind Zwischenlösungen erzielt, aber über endgültige Verfahren und Lösungen wird weiterhin debattiert.

## WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Habermas, J.: *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt a.M. 2001.
- Höffe, O.: *Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt*, Frankfurt a.M. 1993.
- Honnefelder, L.: *Was soll ich tun, wer will ich sein? Vernunft und Verantwortung, Gewissen und Schuld*, Berlin 2007.
- ders.: *Bioethik im Streit. Zum Problem der Konsensfindung in der bio-medizinischen Ethik*, in: ders./Gethmann, C. F. (Hrsg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 1/1996, Berlin/New York 1996, 73-86.
- Lanzerath, D.: *Von der Baisse in der Biopolitik zur Hausse in der Bioethik*, in: *Die Politische Meinung* 420 (2004), 31-38.
- ders.: *Die Eigenständigkeit der Bioethik und ihr Verhältnis zur Biopolitik*, in: *Ethik in der Medizin* 4 (2006) Bd. 18, 364-368.
- Renn, O.: *Diskursive Verfahren der Technikfolgenabschätzung*, in: Th. Petermann/R. Coenen (Hrsg.): *Technikfolgenabschätzung in Deutschland. Bilanz und Perspektiven*. Frankfurt a.M. 1999, 115-130.
- ders.: *„Worüber streiten wir?“ Klonen in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung*, in: L. Honnefelder/D. Lanzerath (Hrsg.): *Klonen in biomedizinischer Forschung und Reproduktion. Wissenschaftliche Aspekte – Ethische, rechtliche und gesellschaftliche Grenzen*, Bonn 2003, 373-380.

## B. DREI AUSGEWÄHLTE BIOMEDIZINISCHE HANDLUNGSFELDER UND IHRE BIOETHISCHEN HERAUSFORDERUNGEN

### I. HERAUSFORDERUNG STAMMZELLFORSCHUNG: EMBRYONENSCHUTZ UND HEILUNGSERWARTUNG

Wie kaum eine Debatte zuvor hat die Frage, wie wir in Deutschland mit der Erforschung humaner embryonaler Stammzellen umgehen sollen, vor wenigen Jahren alle möglichen Ebenen der Gesellschaft zum Nachdenken, mitunter zum Streiten angeregt. Fachgesellschaften, Standesvertretungen, Akademien der Wissenschaften, aber auch – quer durch die Parteien – die Parlamentarier, ressortübergreifend die Ministerien, Journalisten von Wissenschaftsteil, Feuilleton, Wirtschafts- und Politikressort sowie die Kirchen und ihre Fortbildungseinrichtungen und schließlich Bürgerkonferenzen sowie gesellschaftliche Gruppen unterschiedlicher Ausrichtungen haben angestrengt ihre Beiträge zum Diskurs geliefert. *Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“* und der *Nationale Ethikrat* publizierten zeitnah ihre Stellungnahmen mit je unterschiedlichem Tenor für eine Entscheidungsfindung. Die Folge war: Zur Verabschiedung des *Stammzellgesetzes (Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang*

mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen, 2002) wurde im Deutschen Bundestag eine wohlinformierte biopolitische Debatte auf hohem Niveau geführt, und dies bei einem Thema, bei dem bereits die akademische Verständigung eine große Herausforderung darstellt. Über das Ergebnis (Stammzellgesetz mit Stichtagslösung für den Import) und seine Halbwertszeit kann man trefflich streiten, aber es ist immerhin ein Ergebnis, das mit der Verlängerung des Stichtags (s. u. B.I.4.) sogar in die Nachspielzeit gehen durfte. Worum geht es näherhin in der Stammzelledebatte?

### 1. Ziele und Mittel der Stammzellforschung

Für viele Befürworter der Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen stehen ihre *hochrangigen Zielsetzungen* im Vordergrund, wenn es um die Heilungschancen Schwerstkranker geht. Von den Gegnern wird primär auf das aus ethischer Sicht *problematische Mittel* der Vernutzung menschlicher Embryonen hingewiesen. Aber auch aus naturwissenschaftlicher Perspektive gibt es kritische Stimmen, die sich auf die Validität des gesamten Forschungsansatzes beziehen. In erster Linie wird angemerkt, dass man noch nicht genügend Erfahrungen im Umgang mit tierischen ES-Zellen gesammelt habe, um bereits zum jetzigen Zeitpunkt Anwendungen mit menschlichen Zellen in den Blick zu nehmen. Andererseits spricht das artspezifische Verhalten von ES-Zellen gegen eine generelle Übertragbarkeit der Ergebnisse aus den Tierexperimenten und daher für eine Grundlagenforschung mit humanen ES-Zellen.

Aus der *medizinischen* Perspektive geht es in der Forschung an und mit embryonalen Stammzellen darum, langfristig gewebespezifische Zellen (z. B. Nervenzellen) zu züchten, um sie bei denjenigen Patienten transplantieren zu können, an deren Organen Zellen irreversibel ausgefallen sind, deren Gesamtorgan aber noch intakt ist (z. B. bei Morbus Parkinson, Multipler Sklerose, Herzinsuffizienz). Die ES-Zellen sollen sich deshalb gut eignen, weil sie noch nicht gewebespezifisch ausdifferenziert sind und man sie deshalb im Labor in eine bestimmte Richtung kultivieren kann. Das wird aber nur unter der Voraussetzung gelingen, dass man die Wachstums- und Differenzierungsfaktoren kennt und gezielt in der Laborkultur einsetzen kann. Hier steht man jedoch noch am Beginn des Forschungsansatzes und bewegt sich noch im Bereich der Grundlagenforschung.

*Biologisch* liegt diesem Konzept die Erfahrung zugrunde, dass sich alle Gewebezellen (Blutzellen, Leberzellen, Nervenzellen, Hautzellen usw.) aus einem einzigen Zelltyp entwickelt haben, obwohl sie sehr unterschiedlich geformt sind und verschiedene Funktionen im Organismus ausüben. Diese Entwicklungsfähigkeit von Zellen bezeichnet man als ihr *biologisches Differenzierungspotenzial*. Dementsprechend kann man Zellen nach diesem Differenzierungspotenzial beschreiben und einteilen: Zellen, aus denen sich noch ein ganzer Organismus entwickeln kann, bezeichnet man als *totipotent*; Zellen, die sich noch zu allen Gewebezellen differenzieren können, aber nicht mehr das Vermögen besitzen, einen vollständigen Organismus auszubilden, werden *pluripotent* genannt; Zellen, die bereits eine bestimmte Gewebespezifität ausgebildet haben, sich jedoch innerhalb eines Gewebes noch ausdifferenzieren müssen, werden häufig als *multipotente* adulte Stammzellen bezeichnet, sie befinden sich in vielen Organen und dienen der Regeneration von Gewebe (z. B. Heilung einer Hautverletzung); ausdifferenzierte Zellen, die sich nicht mehr zu anderen Zellen entwickeln, stellen die letzte Stufe der Zellentwicklung dar. Inwieweit Zellen ihr verloren gegangenes Entwicklungspotenzial – natürlich oder künstlich – zurückgewinnen können, ist noch weitgehend ungeklärt. Hinsichtlich der menschlichen embryonalen Stammzellen spricht einiges dafür – obwohl auch das noch nicht endgültig naturwissenschaftlich geklärt ist (H.-W. Denker) –, dass sie pluripotent und nicht mehr totipotent sind. Für die ethische und rechtswissenschaftliche Debatte ist die Frage nach dem Differenzierungspotenzial von Zellen nicht ohne Bedeutung (s. u. B.I.3).

Bei einer ethischen Bewertung der Forschung an und mit menschlichen ES-Zellen scheint eine differenzierte Beurteilung bezüglich der *Legitimität* der mit diesem Ansatz verfolgten *Ziele* einerseits und der *Vertretbarkeit* der hierfür eingesetzten *Mittel* andererseits sinnvoll zu sein. Es muss also gefragt werden, wie hochrangig die anvisierten Ziele sind? Sind die Methoden akzeptabel, die notwendig sind, um zu diesen Zielen zu gelangen? Denn selbst wenn man sich hinsichtlich der Zielsetzungen einig wird, bedeutet das noch nicht, dass jedes Mittel recht wäre, um zu diesen Zielen zu gelangen.

Im Blick auf die *Ziele* der ES-Zellforschung geht es um die Entwicklung neuer Therapieansätze für schwerstkranken Menschen. Damit ist das Gut „Gesundheit“ angesprochen, das in der Gesellschaft als besonders hochrangig bewertet wird. Der gesellschaftliche Konsens darüber ist deshalb

so groß, weil Gesundheit eine Voraussetzung dafür ist, überhaupt bestimmte andere Güter zu erstreben. Insofern erweist sich eine Verständigung in diesem Punkt als wenig problematisch. Seitens der Patienten entstehen freilich bestimmte *Heilungserwartungen*, die aus *Heilungsversprechungen* der forschenden Ärzte geweckt wurden. Kritisch zu fragen bleibt jedoch, ob diese Versprechungen überhaupt je eingelöst werden können, wem – auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten – solche Therapien, wenn es sie geben sollte, zur Verfügung stehen, und wie hoch ein Missbrauchspotenzial einzuschätzen ist.

## 2. Die Alternativen zu embryonalen Zellen

Auch wenn die generellen Zielsetzungen der ES-Zellforschung als konsensfähig betrachtet werden können, sind die hierfür in Anspruch zu nehmenden Mittel ethisch umstritten. Das gilt dann, wenn der einzige Weg zur Gewinnung von ES-Zellen derjenige ist, dass Embryonen aus der künstlichen Befruchtung verwendet werden, wobei davon auszugehen ist, dass der Embryo bei diesem Vorgang getötet wird. Es werden aber Beschränkungen der Forschung auf adulte Stammzellen vorgeschlagen und die Entwicklung alternativer Verfahren diskutiert (z. B. Gewinnung aus Nabelschnurblut, aus primordialen Keimzellen). Besonders viel Hoffnung wird derzeit in die Reprogrammierungstechnik gesetzt. Sowohl eine japanische als auch eine US-amerikanische Forschergruppe publizierte im November 2007 unabhängig voneinander die erfolgreiche Reprogrammierung von menschlichen Haut- bzw. Bindegewebszellen zu Zellen, die signifikante Eigenschaften von embryonalen Stammzellen aufwiesen. Bei der Reprogrammierung wird somatischen Zellen spezifisches Genmaterial eingeschleust, so dass sie signifikante Eigenschaften von embryonalen Stammzellen aufweisen. Dazu gehört etwa die Eigenschaft, sich unter geeigneten Bedingungen in bestimmte Zell- oder Gewebetypen differenzieren zu können. Auf diese Weise gewonnene Stammzellen werden „induzierte pluripotente Stammzellen“ (iPS) genannt. Langfristig erhofft man sich durch derartige Verfahren Stammzellen zu gewinnen, ohne Embryonen zerstören zu müssen. Alle bisher unternommenen Experimente muss man dem Bereich der Grundlagenforschung zurechnen. Sie lassen weder von ihrer Anlage noch von ihren Ergebnissen eine unmittelbar bevorstehende Aussicht auf eine konkrete, klinische Anwendbarkeit zu. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass nur aus humanen ES-Zellen gezüchtete Zellkulturen therapeutisch wirksam sein werden.

Vorausgesetzt, dass die Gewinnung von ES-Zellen aus Embryonen sich als die einzige erfolgversprechende Variante darstellt – dies kann jedoch der Ethiker nicht beurteilen –, stellt sich bei der ethischen Urteilsbildung die Frage, wie wir mit menschlichen Embryonen umgehen. Mit anderen Worten: Dürfen wir menschliche Embryonen für therapeutische Zwecke instrumentalisieren? Handelt es sich bei einem solchen Vorgang überhaupt um eine Instrumentalisierung?

## 3. Umgang mit Embryonen in der Forschung und der Würdeschutz

Wenn es sich bei frühen menschlichen Embryonen von der Zygote („befruchtete Eizelle“) an um Menschen handelt – und das wird kaum bestritten, auch nicht in der Legaldefinition im vergleichsweise liberalen britischen Recht (*Human Fertilisation and Embryology Act*) – dann stellt sich die Frage, inwiefern sich die im deutschen Grundgesetz verankerte und dem geborenen Menschen eigene Schutzwürdigkeit auf den menschlichen Embryo übertragen lässt. Fasst man die *Menschenwürde* als dasjenige Prinzip auf, welches besagt, dass jedem Menschen Würde zukommt, weil es zur menschlichen Natur gehört, sittliches Subjekt (Person) zu sein, d. h. sich selbst Zwecke setzen zu können, und leitet daraus das Lebensrecht eines jeden Einzelnen ab, dann ist die Reichweite dieses Rechts zu untersuchen (L. Honnefelder; Th. Heinemann). Wie lässt sich also der Schutz des menschlichen Lebens im Blick auf menschliche Embryonen konkretisieren?

Der Lebensschutz von geborenen Menschen steht außer Frage und wird in der Regel nur in Notfall- oder Notwehrsituationen relativiert, wenn Leben gegen Leben steht. Körperteile, Organe oder Zellen, die lebendig und menschlich sind, werden zwar für Forschung, Diagnose und Therapie verwendet, aber – bislang jedenfalls – nur mit Genehmigung des „Spenders“ und nur zu den ausgemachten Zwecken. Damit ist auch dieser Umgang mit menschlichem Leben keineswegs beliebig. Auch frühe menschliche Embryonen sind Zellen bzw. Zellkomplexe. Wie aber unterscheiden sich diese embryonalen Zellen von den Körperzellen, für die es Regeln gibt, wie mit ihnen umgegangen werden soll? Für die ethische Argumentation ist hier der Bezug zum eingangs eingeführten Differenzierungspotential von Zellen herzustellen. Denn im Gegensatz zu Körperzellen sind die Zygote und spätere embryonale Stadien totipotent, d. h. sie haben das Vermögen, sich zu einem vollständigen Organismus zu entwickeln. Auf dieses Vermögen der Totipotenz wird auch im deutschen

*Embryonenschutzgesetz* verwiesen, wenn es um den Schutz dieser besonderen menschlichen Zellen geht. Warum hat das Differenzierungspotential eine solche Bedeutung für die ethische Urteilsbildung? Beim Kriterium der Totipotenz können zwei Momente unterschieden werden: ein deskriptives und ein normatives. Das deskriptive Moment ist dasjenige, mit dem es die Biologie im Blick auf die empirischen Fragen nach den für dieses Entwicklungspotenzial verantwortlichen Faktoren (genetische Regulierungen, Substanzen in der Zellflüssigkeit, Umweltfaktoren usw.) zu tun hat. Die normative Komponente kommt dann ins Spiel, wenn man das Kriterium der Totipotenz mit der Frage nach der Kontinuität der Identität der individuellen menschlichen Existenz verbindet (G. Damschen/D. Schönecker). Wenn nämlich die Herausbildung des zu schützenden sittlichen Subjekts die körperliche Existenz zur Voraussetzung hat und sich diese ohne Zäsuren bis zur Zygote zurückverfolgen lässt – im Sinne einer Einheit von biologischer und vernünftiger Natur des Menschen –, dann sind Schutz der Person und Schutz der Kontinuität menschlichen Lebens eng miteinander verbunden. Umstritten ist dann jedoch, ob diese Kontinuität der menschlichen Existenz als zweckesetzendes Wesen, die *ex post* unproblematisch erscheint, auch von der Zygote aus in Projektion auf das Entstehende geltend gemacht werden kann. Angesichts der aktuellen Ergebnisse aus Molekular-, Zell- und Entwicklungsbiologie ist auch ein neuer naturphilosophischer und ethischer Blick auf das Kriterium der Totipotenz notwendig. Denn die Relevanz der unterschiedlichen *natürlichen* (z. B. Verhältnis von Genom zur Zellflüssigkeit) und *künstlichen* Bedingungen (z. B. die Möglichkeit der Reprogrammierung bzw. Redifferenzierung von Körperzellen zu totipotenten Zellen) für die Eigenschaft der Totipotenz sind naturphilosophisch und normativ neu zu bewerten. So ist bspw. das Vorhandensein eines neuen individuellen Genoms nur eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung für die Existenz eines menschlichen Individuums.

Wenn man nun die in der Diskussion befindlichen Positionen in Bezug auf den Status des Embryos miteinander vergleicht, dann gibt es bei einer sehr groben Aufteilung zwei Varianten: Die erste Variante überträgt die dem geborenen Menschen eigene Schutzwürdigkeit auf den menschlichen Embryo bzw. jede menschliche Zelle, sofern sie die Fähigkeit besitzt, sich zu einem vollständigen menschlichen Organismus zu entwickeln (Totipotenz) – unabhängig von dessen bzw. deren aktuellen Eigenschaften; die zweite Variante hingegen spricht dem Embryo bzw. der totipotenten menschlichen Zelle eine abgestufte Schutzwürdigkeit zu,

die sich nach den in den jeweiligen Entwicklungsstufen aktuell ausgebildeten Eigenschaften bemisst (Individualität, entwickeltes Nervensystem, Vernunftfähigkeit, Selbstachtung o. ä.). Während eine dem eigenen Schutz und Erhalt zuwiderlaufende Verfügung über einen menschlichen Embryo bzw. eine totipotente menschliche Zelle, wie sie das beschriebene Verfahren impliziert, daher von Vertretern der ersten Variante als ethisch unbedingt unzulässig angesehen wird, gilt sie Vertretern der zweiten Variante unter bestimmten Umständen als ethisch rechtfertigbar und sogar geboten.

Beide Positionen scheinen gar nicht oder nur schwer miteinander vereinbar zu sein. Auf dem Hintergrund der hochrangigen Ziele der ES-Zellforschung muss aber überlegt werden, ob im Blick auf einen Teilbereich nicht doch eine Vermittlung möglich ist. Im Rahmen der künstlichen Befruchtung sind – auch in Deutschland – Embryonen angefallen, die „verwaist“ sind und nicht implantiert werden. Angesichts dieser Situation stellt sich die Frage, ob man sich im Blick auf schwerkranke Menschen nicht auf eine Übelabwägung einlassen muss, da man vor folgenden Handlungsalternativen steht: Entweder werden die verwaisten Embryonen verworfen oder aber sie stehen für therapeutisch orientierte Forschung zur Verfügung. Angesichts beider Alternativen könnte man letztere für das geringere Übel halten. Kategorische Vertreter der ersten der beiden oben aufgeführten Positionen würden jedoch anmerken, dass bereits mit der Einführung der künstlichen Befruchtung der „Dambruch“ oder „Sündenfall“ eingetreten ist und die verwaisten Embryonen gar nicht erst hätten anfallen dürfen. Es könnte auch darauf verwiesen werden, dass das kleinere Übel möglicherweise gar nicht kleiner ist, wenn nämlich dieses Handeln – einmal zugestanden – neue Begehrlichkeiten schafft. Nichtsdestoweniger muss sich auch derjenige, der die Künstliche Befruchtung ablehnt, darüber Gedanken machen, was mit verwaisten oder überzähligen Embryonen geschehen soll, wenn sie in der Welt sind.

#### 4. Der rechtliche Kompromiss

Die Gewinnung von ES-Zellen aus Embryonen ist in Deutschland derzeit durch das *Embryonenschutzgesetz* (1990) verboten. Auch nach dem *Stammzellgesetz* (2002) bleiben die Forschung an Embryonen und die Gewinnung von ES-Zellen aus Embryonen sowie Einfuhr und Verwendung von ES-Zellen in Deutschland grundsätzlich verboten. Jedoch sieht das Gesetz vor, dass von der zuständigen Genehmigungsbehörde (*Robert-*

*Koch-Institut*) Ausnahmegenehmigungen für Import und Verwendung von ES-Zellen erteilt werden können. Die wichtigsten Kriterien für die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung sind die Hocharrangigkeit und die Alternativlosigkeit der Forschung. Zudem muss die Voraussetzung erfüllt werden, dass die ES-Zellen aus überzähligen Embryonen gewonnen worden sind und dies vor einem bestimmten Stichtag (1. Mai 2007) erfolgt ist. Ferner muss eine eigens bei der Behörde eingerichtete Ethikkommission über den Antrag befinden. Nach langer kontroverser Diskussion stimmte der Deutsche Bundestag am 11. April 2008 für eine Änderung des *Stammzellgesetzes*. Dabei wurde eine Verschiebung des Stichtags zum Import von embryonalen Stammzellen vom ursprünglich 1. Januar 2002 auf den 1. Mai 2007 beschlossen. Anstoß zur erneuten Debatte und schließlich zur Änderung des Gesetzes gaben Positionspapiere der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* (DFG) sowie des *Nationalen Ethikrats* aus den Jahren 2006 und 2007.

Kritiker bemängeln an der Stichtags-Regelung, dass sie willkürlich sei und ohnehin dann aufgeweicht werden müsste, wenn sich herausstellen würde, dass mit einer nach dem Stichtag generierten Stammzelllinie bessere wissenschaftliche Ergebnisse erzielt werden könnten als mit einer älteren Zelllinie. Als ethisches Argument für eine Stichtagsregelung wird jedoch angeführt, dass die deutsche Gesetzgebung damit keine weiteren Tötungen menschlicher Embryonen im Ausland provoziert. Man kann jedoch an der Plausibilität dieser Argumentation zweifeln. Denn wenn der Status des Embryos im deutschen Recht so belassen wird und der Vorgang der Gewinnung von ES-Zellen mit der Tötung verbunden ist, dann ist der „moralische Gewinn“ importierter Stammzellen gegenüber selbst-generierten Stammzellen nicht überzeugend. Derjenige, der die Gewinnung von ES-Zellen unter Verwendung menschlicher Embryonen ablehnt, einen Import von ES-Zellen jedoch befürwortet, macht sich auch im Nachhinein zum „Komplizen“ derjenigen, die die ES-Zellen hergestellt haben. Mit anderen Worten: Derjenige, der ES-Zellen importiert, muss auch prinzipiell bereit sein, sie aus Embryonen zu gewinnen. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob es wissenschaftlich betrachtet prinzipiell sinnvoll ist, in vielen Ländern Stammzelllinien zu generieren oder ob nicht weltweit einige wenige, gut beschriebene Linien ausreichen. Aus ethischer Perspektive macht es jedoch keinen Unterschied, in welchem Land die Vernutzung von Embryonen stattgefunden hat. Eine Unterscheidung könnte allenfalls dann als relevant angesehen werden, wenn der Import in einem „einmaligen“ Ausnahmefall bestünde; davon kann aber

nicht ausgegangen werden. Jedoch ist die aktuell angestrebte Rechtspragmatik, die moralphilosophisch nicht recht überzeugen kann, in diesem Zusammenhang nicht neu, denn bereits das *Embryonenschutzgesetz* weist diesen inneren Widerspruch auf. Denn das Gesetz verbietet etwas – die Embryonenforschung –, was Voraussetzung dafür gewesen ist, was es regelt: die *In-vitro*-Fertilisation (IVF). Ohne Embryonenforschung würde es diese Technik nicht geben und auch die IVF in Deutschland profitiert heute noch von den Ergebnissen der parallel im Ausland stattfindenden Embryonenforschung. Positiv könnte man aus sozial-ethischer Perspektive jedoch Folgendes aus der jetzigen Situation entnehmen: Die rechtspragmatische Lösung kann zunächst einmal dahingehend befriedigen, dass sie gleichermaßen einen ethischen Standard aufrechterhält und die Forschung nicht behindert. Die Forschung ist nun in der Pflicht. Damit ist eine politische Kompromisslösung gefunden, die aber nur zeitlich begrenzt ist, denn die Kernfragen bleiben mit ihr offen. Rechtspolitisch hat man im Ausgleich sehr unterschiedlicher Interessen einen Umgang mit einem fundamentalen Dissens – jedenfalls vorübergehend – geschafft. Ob durch die Entscheidung des Landgerichts Berlin vom 14. Mai 2009, eine *Präimplantationsdiagnostik* als unter bestimmten Umständen mit dem *Embryonenschutzgesetz* vereinbar anzusehen, wenn sie der Herbeiführung einer Schwangerschaft dient, grundsätzliche Auswirkungen auf den Embryonenschutz in Deutschland im Allgemeinen und auf das *Embryonenschutzgesetz* im Besonderen haben wird, bleibt abzuwarten.

## 5. Fazit und Ausblick

Die argumentative Verbindung von der hochrangigen Zielsetzung im Blick auf die Heilung schwerstkranker Menschen mit der Übelabwägung hinsichtlich der Verwendung verwaister Embryonen setzt voraus, dass die Heilungserwartungen auch erfüllt werden können und der Forschungsansatz valide ist. Gerade hier werden aber aus naturwissenschaftlicher Sicht Bedenken angemeldet. Es muss gefragt werden, wie redlich einzelne Heilungsversprechen sind und ob angesichts der Ergebnisse im Umgang mit tierischen ES-Zellen der Zeitpunkt der Übertragung auf menschliche Zellen nicht verfrüht erscheint. Darüber hinaus ist die Situation der einzelnen Forscher in Betracht zu ziehen: Wie groß ist die Gefahr der Unredlichkeit hinsichtlich des enormen Erfolgsdrucks? Welche Konflikte entstehen im Blick auf eine mögliche Verschränkung ökonomischer und wissenschaftlicher Interessen? Gerade die bitteren Erfahrungen mit der

Forschung im Bereich der somatischen Gentherapie seit den 1980er Jahren bis heute machen deutlich (der Fall des 18-jährigen Jesse Gelsinger belegt dies, der 1999 bei einem gentherapeutischen Experiment ums Leben kam), wie wichtig es ist, auf die Redlichkeit und die Validität der Forschungskonzepte zu achten und die genannten Interessenkonflikte zu vermeiden. Angesichts der enormen Bedeutung des gesamten Fragekomplexes für unser Menschenbild und unser Handeln müssen wir uns als verantwortliche Mitglieder der Gesellschaft – in der nationalen wie in der internationalen Diskussion – auch dann unangenehme Fragen stellen, wenn wir bestimmte Grundpositionen nicht teilen. Auf welche Abwägungen können wir uns im Blick auf das Gut „Gesundheit“ einlassen? Was geben wir in unserer Gesellschaft an Humanität auf, wenn wir menschliche Embryonen für therapeutische Forschung zur Verfügung stellen? Welche Verantwortung tragen wir, wenn wir mögliche Therapiechancen für schwerstkranke Menschen verhindern? Wären wir in Deutschland bereit, auf im Ausland entwickelte Therapien in Zukunft zu verzichten?

#### WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- *Damschen, G./Schönecker, D.: Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument, Berlin 2003.*
- *Denker, H.-W.: Totipotenz – Ompotentenz – Pluripotenz. Ausblendungsphänomene in der Stammzelldebatte; Indikatoren für den Konflikt zwischen Norm- und Nutzenkultur?, in: Th. S. Hoffmann/W. Schweidler (Hrsg.): Normkultur versus Nutzenkultur. Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht, Berlin 2006, 249-272.*
- *ders.: Induced pluripotent stem cells. How to deal with the developmental potential, in: Reproductive BioMedicine online (19) suppl. 1 (2009), 34-37.*
- *Heinemann, Th./Kersten, J.: Stammzellforschung. Naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte. Th. Heinemann/J. Kersten (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, 4 verantwortet von L. Honnefelder/D. Lanzerath), Freiburg, München 2007.*

- *Schütze, H.: Embryonale Humanstammzellen : eine rechtsvergleichende Untersuchung der deutschen, französischen, britischen und US-amerikanischen Rechtslage (Schriftenreihe Medizinrecht), Berlin 2007-*
- *Wolf, M.: Ethische Kontroverse – demokratische Mitwirkung. Bio- und Gentechnologie als Thema der politischen Bildung (Tutzingen Schriften zur politischen Bildung), Schwalbach/Ts. 2009.*
- *Hacker, J./Rendtorff, T./Cramer, P.: Biomedizinische Eingriffe am Menschen. Ein Stufenmodell zur ethischen Bewertung von Gen- und Zelltherapie, Berlin 2009.*

## II. HERAUSFORDERUNG STERBEHILFE: SELBSTBESTIMMUNG AM LEBENSENDE

Nicht weniger kontrovers als die Fragen, die den Lebensbeginn betreffen, sind die Fragen, die sich mit dem Lebensende befassen. Gerade die *Selbstbestimmung am Lebensende* ist in den vergangenen Jahren sehr intensiv diskutiert worden und hat zu gesetzgeberischen Aktivitäten geführt. Maßnahmen, die darauf abzielen, einer schwer erkrankten oder sterbenden Person einen möglichst schmerzfreien Tod zu ermöglichen, bezeichnet man als Sterbehilfe. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, dass manche Krankheitszustände so bewertet werden, dass der Tod einem Weiterleben unter diesen Bedingungen vorzuziehen sei. Das Leiden wird unter solchen Umständen als so unerträglich empfunden, dass die Erhaltung des Lebens nicht mehr als Wert angesehen wird. Neben der Frage der Reichweite der Selbstbestimmung der Betroffenen in einer existenziell schwierigen Lage sind auch die Einstellungen, Empfindungen und Intuitionen anderer Beteiligten, wie Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal, zu berücksichtigen. Die Wünsche und Interessen all derjenigen, die an einer Handlung oder einer Unterlassung beteiligt sind, müssen durchaus nicht immer im Einklang miteinander stehen. Hinsichtlich des ärztlichen Handelns sind insbesondere auch berufsethische Vorgaben zu beachten. Daher können Auffassungen der Beteiligten, was denn in einem konkreten Fall zu tun sei, durchaus auseinanderfallen, obwohl man darin übereinstimmt, dass ein Sterben in Würde und die Vermeidung von Leid berechnigte Anliegen darstellen.

Die Frage nach der Sterbehilfe gehört nicht nur im Kontext der Medizinethik und der beteiligten akademischen Disziplinen zu den umstrittensten Problemstellungen. In den vergangenen Jahren haben die Fälle von Sterbehilfe bei Terri Schiavo (USA †2005) und Eluana Englaro (Italien †2009), die nach schweren Hirnschädigungen über viele Jahre hinweg keine oder nur minimale Bewusstseinsaktivitäten zeigten, internationale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Die Patientinnen verstarben nach Reduktion bzw. Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen. Zuvor hat es eine Vielzahl gerichtlicher, politischer und öffentlicher Auseinandersetzungen über die Maßnahmen gegeben. In Italien hat zudem das Schicksal von Piergiorgio Welby (†2006) die Medien bewegt. Er war durch eine Muskeldystrophie am Ende seines Lebens vollständig gelähmt und bat den italienischen Staatspräsidenten in einem offenen Brief um Sterbehilfe. Trotz eines ablehnenden Gerichtsentscheids verabreichte sein Arzt ein Betäubungsmittel und beendete die künstliche Beatmung. Eine Anklage wegen Mordes wurde abgewiesen.

Die Fortschritte in der Medizin führen einerseits zu einer gewollten gestiegenen Lebenserwartung, die ist aber andererseits oft mit Demenz oder anderen schwierigen krankhaften Zuständen wie dem apallischen Syndrom verbunden. Damit ruft die moderne Medizin ein Dilemma hervor, dass dazu geführt hat, sich in unserer Gesellschaft immer stärker mit dem Sterben von Angehörigen, aber eben auch schon frühzeitig mit dem eigenen Sterben auseinandersetzen zu müssen im Rahmen von Zuständen, die nicht gewollt sind. Vor allem sind es jene Zustände der Hilflosigkeit, Kommunikationsunfähigkeit oder der mangelnden faktischen Einwilligungsfähigkeit bei bestimmten Krankheitsbildern, die es zu reflektieren gilt und bei denen sich die Frage gestellt werden muss, inwieweit *ich* im Voraus *über mich selbst* in der Zukunft verfügen kann. Denn ich muss den Blick auf einen solchen zukünftigen Zustand richten, den ich kaum in der Lage bin, im Hier und Jetzt bspw. in Form einer Patientenverfügung zu bewerten. Wie authentisch, so muss gefragt werden, kann eine solche Willensbekundung überhaupt sein? Noch schwieriger ist es, eine solche Bewertung bei anderen vorzunehmen, bei denen ein schriftlich oder anders dokumentierter Wille nicht existiert.

Neben der Frage der Reichweite der Selbstbestimmung – auch im Blick auf ein selbstbestimmtes Sterben – ist die grundsätzliche medizinethische Frage nach der Zulässigkeit, ein menschliches Leben unter widrigen Umständen beenden zu dürfen, eine ethische Kernfrage in dieser Debat-

te. Diese berührt prinzipielle Vorstellungen vom ärztlichen Ethos. Auch wenn das Prinzip der Autonomie in der Medizinethik an Gewicht gewonnen hat, kann es doch zu erheblichen Konflikten mit dem Gebot des Nichtschadens und dem Tötungsverbot führen. Nicht jeder Wunsch, der von einem Patienten an einen Arzt herangetragen wird, kann zwingend zur Ausführung seitens des Arztes kommen, insbesondere dann nicht, wenn dieser einen Konflikt mit seinem Ethos sieht. Gleichzeitig besteht das Problem, dass ein Entscheidungsdruck besteht und dass auch ein Unterlassen in solchen Situationen ein Handeln im weiteren Sinne sein kann. Die Konsequenzen sind in jedem Fall irreversibel, auch wenn man nie mit letzter Sicherheit sagen kann, welche Lösung für den Betroffenen die bessere ist, der Tod oder das Weiterleben unter den gegebenen Bedingungen.

Die Debatte zur Sterbehilfe wird im Detail durch normativ gewählte semantische Differenzierungen zur Bestimmung der Handlungsarten geprägt, die sich durch Gegensatzpaare auszeichnen: „aktiv“ und „passiv“, „direkt“ und „indirekt“ sowie „freiwillig“ und „nicht-freiwillig“ bzw. „unfreiwillig“ jeweils in Verbindung mit dem Ausdruck „Sterbehilfe“. In den ethischen, juristischen und politischen Debatten um die Sterbehilfe zeichnet sich bislang noch keine konsensfähige Lösung ab, welche Grundsätze bei der Bewertung von Hilfeleistungen *beim* Sterben oder *zum* Sterben für den Einzelfall zur Anwendung kommen sollen. Gesetzliche Regelungen stehen in Deutschland nach wie vor aus. Rechtliche Orientierungspunkte sind Regelungen des ärztlichen Berufsrechtes sowie die höchstrichterlichen Entscheidungen, die anlässlich von Problemfällen der Sterbehilfe ergangen sind. Gleichwohl hat der Deutsche Bundestag 2009 ein Gesetz verabschiedet, das am 1. September in Kraft getreten ist, welches im Betreuungsrecht die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen regelt (*Gesetz zu Patientenverfügung, Drittes Gesetz zur Veränderung des Betreuungsrechts*).

### 1. Entwicklung der Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland

Bislang ist in Deutschland die Sterbehilfe abgesehen vom ärztlichen Berufsrecht ((Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte) nicht ausdrücklicher Gegenstand spezialgesetzlicher Regelungen. Weder der historisch vorbelastete und daher im deutschen Sprachraum weitgehend vermiedene Begriff der „Euthanasie“, noch der im gegenwärtigen Diskurs übliche Begriff der „Sterbehilfe“ wird in der deutschen Ge-



setzung verwendet. Vielmehr gelten für die rechtliche Beurteilung der einschlägigen Fälle die allgemeinen Vorschriften des Strafrechts und des Zivilrechts. Von besonderer praktischer Relevanz – insbesondere auch für die Ärzteschaft – ist dabei die Abgrenzung der strafbaren aktiven Verkürzung des Lebens im Sinne der Tötungsdelikte (§§ 211 ff. Strafgesetzbuch (StGB)) von den straflosen Maßnahmen zur Leidensminderung am Lebensende sowie der Beihilfe zum Suizid. In einem konkreten Fall wird geprüft, ob die den Fremdtötungsparagrafen §211 (Mord), §§212 und 213 (Totschlag) und §216 (Tötung auf Verlangen) des deutschen Strafgesetzbuchs (StGB) zugrunde liegenden Tatbestände erfüllt sind. Der Suizid ist nach deutschem Recht kein Straftatbestand, somit bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straflos. Hier wird in der Rechtsprechung allerdings geprüft, ob andere Straftatbestände wie Totschlag oder Unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB) erfüllt werden. Wird die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt oder nahen Angehörigen geleistet, ist ferner die Garantenstellung, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen auch eine Unterlassung als Straftat gewertet werden kann.

Insgesamt sind die gesetzlichen Bestimmungen für diese besonderen Fälle sehr allgemein und abstrakt. Daher ist es bislang weder der Rechtsprechung noch der Rechtswissenschaft gelungen, allseits akzeptierte Maßstäbe zu entwickeln, anhand derer sich die Strafbarkeitsgrenze für Hilfeleistungen beim Sterben oder zum Sterben für den Einzelfall klar bestimmen lässt.

Bezüge zum Zivilrecht ergeben sich insbesondere im Zusammenhang mit den inhaltlichen und formalen Erfordernissen für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen, Vorsorge- und Betreuungsvollmachten. Hier ist es die Änderung im Betreuungsrecht vom September 2009, die klare Verhältnisse schafft (s. u. B.II.3.). Das Verfassungsrecht stellt darüber hinaus mit dem Katalog der Grundrechte im Grundgesetz (GG) den Bezugsrahmen und letztverbindlichen Maßstab für den Gesetzgeber dar, wobei insbesondere die Artikel 1 Abs. 1 (Menschenwürde), Art. 2 Abs.1 (Anknüpfungspunkt für das Recht auf Selbstbestimmung), Art. 2 Abs. 2 (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) von Relevanz sind. Die grundrechtliche Werteordnung spielt auch in der strafrechtlichen Debatte eine Rolle (C. Grimm).

## 2. Stellungnahmen zur Sterbehilfe

Gerade die ungeklärte Rechtslage hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass unterschiedliche Gremien und Interessengruppen in Deutschland sich mit diesem Thema beschäftigt haben. Die *Bundesärztekammer* hat 2004 *Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung* verfasst. Dort wird die „gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen“ als „aktive Sterbehilfe“ und somit als „unzulässig und mit Strafe bedroht“ abgelehnt. Wohl aber heißt es dort, dass bei Sterbenden die „Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen“ kann, „dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“. Lebensverlängernde Maßnahmen können nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten abgebrochen oder ihre Anwendung unterlassen werden, wenn sie „nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann“. Bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt hierzu eine Erklärung der gesetzlichen Vertreter, die ggf. von einem Betreuungsgericht bestellt werden müssen, einzuholen. Im gleichen Jahr hat die *Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz* ihren Bericht *Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten* publiziert. Sie spricht sich dort für eine nachhaltige Unterstützung der häuslichen Pflege sowie den Ausbau von Hospizen und der palliativmedizinischen Versorgung aus. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen soll gestärkt und gesetzlich verankert werden. Sie plädiert dafür, dass „weder das Unterlassen oder der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, noch die als Nebenwirkung einer notwendigen und vom Patienten gewünschten Medikation in Kauf genommene Lebensverkürzung rechtswidrig“ sein sollen. Dies soll unabhängig davon gelten, „ob das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat“. Nimmt ein Arzt in Fällen objektiv nicht behebbaren schwersten Leidens eine Tötung auf Verlangen vor, soll gemäß Mehrheitsvotum der Kommission das Gericht von Strafe absehen können. Ebenso soll unter bestimmten Umständen auch eine ärztlich assistierte Selbsttötung ausnahmsweise „zu rechtfertigen sein“.

Für die gesetzgeberischen Maßnahmen, die 2009 zumindest in einer Änderung des Betreuungsrechts mündeten (s. u. B.II.3.) ist der am 10. Juni 2004 vorgelegte *Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“* des *Bundesjustizministeriums* von Bedeutung. Die Arbeitsgruppe konstatiert darin Regelungs- bzw. Klarstellungsbedarf in den Fragen nach der „Erforderlichkeit einer Vertreterentscheidung bei Vorliegen einer Patientenverfügung“, der „Bindung des Vertreters an den Patientenwillen“ sowie der „Erforderlichkeit einer Zustimmung des Vormundschaftsgerichts zu Vertreterentscheidungen“. Sie empfiehlt mehrheitlich, durch eine Ergänzung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) das Rechtsinstitut der nicht formbedürftigen Patientenverfügung einzuführen. Gemäß neu einzufügendem § 1901b BGB hätte der Betreuer „den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten. Liegt eine Patientenverfügung über die Einwilligung oder die Verweigerung der Einwilligung in bestimmte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen vor, die auf die konkrete Situation zutrifft, so gilt diese nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit fort. Dem Betreuer obliegt es, diese Entscheidung durchzusetzen, soweit ihm das zumutbar ist“. Dies soll auch dann gelten, „wenn die Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat“. Darüber hinaus spricht sie sich dafür aus, die sogenannte passive und indirekte Sterbehilfe durch eine entsprechende Ergänzung von § 216 StGB explizit für straffrei zu erklären. Damit würden bestehende Rechtsgrundsätze in Gesetzesform umgesetzt; außerdem werde Rechtsklarheit geschaffen und die Rechtssicherheit für Ärzte, Patienten und Patientenvertreter erhöht.

Neben der *Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“* des deutschen Bundestages (15. Wahlperiode) (2004) befasste sich 2005 der *Nationale Ethikrat* (heißt ab 1. August 2007 *Deutscher Ethikrat* und konstituierte sich am 11. April 2008), mit dem Thema „Patientenverfügung“. Die *Mehrheit* der Mitglieder plädiert dafür, Voraussetzungen und Reichweite von Patientenverfügungen gesetzlich zu regeln. Ebenfalls mehrheitlich spricht sich der *Ethikrat* für Ergänzungen im *Bürgerlichen Gesetzbuch* und im *Strafgesetzbuch* aus, die die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen festlegen. Diese Verbindlichkeit soll nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt sein. Eine *Minderheit* ist jedoch wie die *Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“* der Meinung, dass Patientenverfügungen, in der die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen festgelegt sind, nur „im Falle von einem irreversiblen, in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheitsverlauf

als bindend anzusehen sein sollten“. Der *Ethikrat* schlägt die Schriftform (oder „eine vergleichbar verlässliche Form“, z. B. eine Videoaufnahme) als Voraussetzung für die Gültigkeit von Patientenverfügungen vor, davon abweichende Formen, bspw. eine mündliche Verfügung, sollen nicht als bindend gelten, jedoch bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens berücksichtigt werden. Einen ständigen Nachweis der Aktualität der Verfügung durch erneute Unterschrift erachtet die Mehrheit nicht als notwendig. Zudem möchte der *Ethikrat* die Kompetenzen von Betreuern und Bevollmächtigten gesetzlich präzisieren. Das Betreuungsgericht (vormals Vormundschaftsgericht) soll nur bei Meinungsverschiedenheiten oder bei missbräuchlicher Verwendung einer Verfügung eingeschaltet werden. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe soll laut *Ethikrat* nicht in Frage gestellt werden. In seiner am 13. Juli 2006 veröffentlichten Stellungnahme *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* beschäftigt sich der *Nationale Ethikrat* schwerpunktmäßig mit Problemen des derzeitigen Sprachgebrauchs im Zusammenhang von Sterbebegleitung, der als „missverständlich und irreführend“ beurteilt wird, sowie mit Fragestellungen im Kontext der Selbsttötung, insbesondere werden die ethische Bewertung der Selbsttötung angesichts unheilbarer Krankheiten, die Aufgaben und Pflichten von Ärztinnen und Ärzten im Bezug auf die Suizidintervention, der Beihilfe zum Suizid und der Frage nach Tötung auf Verlangen thematisiert. Der *Ethikrat* stellt in seiner Stellungnahme unterschiedliche Positionen dar: Einige Mitglieder machen geltend, dass die Suizidbeihilfe dem beruflichen Auftrag des Arztes widerspreche und die Schwierigkeit bestehe, festzustellen, wie frei der Suizidwunsch eines Patienten tatsächlich sei. Ist es ein frei verantworteter und ernsthaft bedachter Entschluss oder liegt dem nicht vielmehr eine temporäre seelische Krise oder eine behandlungsbedürftige Depression zugrunde. Dem entgegen steht die Auffassung einer weiteren Gruppe von *Ethikrat*-Mitgliedern, die betont, dass Ärzte verpflichtet seien „ihre medizinischen Kompetenzen zum Besten ihrer Patienten einzusetzen und deren Selbstbestimmung zu akzeptieren“. In der Situation unheilbarer Krankheit könne dies auch die Beihilfe zum Suizid beinhalten, die straffrei ist. Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten gehöre überdies tagtäglich zum Aufgabenbereich von Ärzten. Eine dritte Position, die die Stellungnahme aufführt, sieht in der Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe zum Suizid eine höchst persönliche Gewissensentscheidung. Der Respekt vor einer solchen Entscheidung müsse so hoch sein, dass sie zu billigen sei und berufsrechtlich nicht geahndet werden solle. Besonders umstritten ist im *Nationalen Ethikrat* die Frage nach

organisierter Vermittlung von Suizidbeihilfe. Mehrheitlich bestehen grundlegende Bedenken gegen sie und auch ihre Befürworter bewerten sie gegenüber einer professionellen Suizidbeihilfe durch den behandelnden Arzt als nicht wünschenswert. In der Frage der Tötung auf Verlangen besteht im *Nationalen Ethikrat* Übereinstimmung darin, dass das entsprechende Verbot nach §216 StGB Bestand haben soll. Es solle aber im Einzelfall geprüft werden, ob von einer Bestrafung abgesehen werden kann.

Im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses hat sich auch die *Deutsche Hospiz Stiftung* mit einem eigenen Gesetzesvorschlag eingebracht. Dieser sieht eine Stufung der Ermittlung des Patientenwillens vor: Sofern zweifelsfrei eine strengen Anforderungen genügende aktuelle Patientenverfügung, die nicht älter als zwei Jahre sein darf, in schriftlicher Form vorliegt, soll diese bindend sein und damit einer aktuellen Willensäußerung gleich gestellt werden. Der Einschaltung des Betreuungsgerichts bedarf es in solchen Fällen nicht. Liegt eine solche idealtypische Patientenverfügung nicht vor, ist der mutmaßliche Wille aus den früheren Äußerungen des Patienten vom behandelnden Arzt und dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten zu ermitteln. Bei dieser Ermittlung soll ein beratendes Gremium hinzugezogen werden. Kommen alle Beteiligten zu einer übereinstimmenden Einschätzung, so ist der auf diese Weise ermittelte Wille Grundlage für die weiteren Entscheidungen. Besteht ein Dissens, muss ein Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Diese Zusammenstellung einiger ausgewählter Stellungnahmen zum Thema Sterbehilfe und Patientenverfügung macht einerseits deutlich, wie dringlich eine gesetzgeberische Initiative gefordert wird, damit eine Rechtsklarheit herbeigeführt wird, die die Beteiligten entlastet, andererseits wird ersichtlich, dass das Thema sehr kontrovers in Deutschland diskutiert wird. Letzteres macht einen Konsens für ein Gesetz schwierig. Zumindest ist aber inzwischen beim Thema Patientenverfügung der Gesetzgebungsprozess zu einem vorläufigen Ende gelangt.

### 3. Rechtliche Regelung zur Patientenverfügung

Im Deutschen Bundestag ist das Thema Patientenverfügung seit mehr als fünf Jahren diskutiert worden. Es wurden drei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe zu einer Regelung des Rechts der Patientenverfügung in den Bundestag eingebracht: Dabei sind insbesondere der Grad der Ver-

bindlichkeit und die Reichweite von Patientenverfügungen umstritten. Der Entwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch *et al.* hebt das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende hervor, während der Entwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel *et al.* je nach Krankheit und Krankheitsphase eine abgestufte Verbindlichkeit der Dokumente vorsieht und einen Schwerpunkt auf ärztliche und rechtliche Beratung legt. Der Entwurf von Zöller, Faust *et al.* betont, dass Patientenverfügungen unabhängig von Art und Verlauf der Erkrankung verbindlich sind. Der Prozess der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten durch den Arzt, durch den rechtlichen Vertreter des Patienten und ggf. durch nahestehende Angehörige und Pflegekräfte soll gesetzlich umrissen werden (C. Grimm; T. Verrel). Am 18. Juni 2009 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch *et al.* als *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* angenommen. Zuvor waren in den Entwurf aber noch zwei Elemente aus dem Zöller-Entwurf eingeflossen, nämlich die ärztliche Indikation und die dialogische Umsetzung. Ab 1. September 2009 soll der Wille von Patienten, der in Patientenverfügungen niedergeschrieben ist, für Ärzte verpflichtend sein. Der Betreuer hat zu prüfen, ob das in der Verfügung Festgelegte auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Laut Gesetz hat der Arzt zu überprüfen, „welche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist“ (§ 1901b). Treffen alle Voraussetzungen zu, „hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden“ (§ 1901a). Gerichte sollen nur im Streitfall eingeschaltet werden. Liegt der Patientenwille schriftlich vor, gilt er auch völlig unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Fehlt die Verfügung, muss wie bislang der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. „Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“ (§ 1901a) Sind sich Betreuer und Arzt in dieser Entscheidung nicht einig, wird ein Betreuungsgericht eingeschaltet. Mit dieser gesetzlich formulierten Verbindlichkeit der Patientenverfügung und des Patientenwillens wird das *Recht auf Selbstbestimmung* am Lebensende erheblich aufgewertet.

Es bleibt sicherlich das Problem der mangelnden Konkretion der Bestimmungen in einer Patientenverfügung. Viele Menschen haben nur diffuse Vorstellungen, von dem was sie an Behandlungsmaßnahmen wünschen

und welche Behandlungsformen sie ablehnen. Es wird daher immer einen Interpretationsspielraum geben. Wohl ist zu überlegen, ob neben familiären Gesprächen eine ärztliche und juristische Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung hilfreich sein kann, um den Interpretationsspielraum zumindest einschränken zu können.

#### 4. Fazit und Ausblick

In der Sterbehilfe-Diskussion bleiben noch viele Fragen offen, die allgemein ethischer, rechtsethischer und standesethischer Natur sind. Je mehr unerwünschte Krankheitszustände es geben wird, die in medizinischen und pflegerischen Maßnahmen münden und welche zu einem Schwebestand zwischen Leben und Tod führen, desto intensiver werden die Debatten über Behandlungsabbruch, Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe geführt. Die zentralen ethisch-normativen Bezugspunkte, die angemessen zu berücksichtigen sind, bleiben bei allen bestehen: Wie kann das Prinzip der *Selbstbestimmung* hinreichend berücksichtigt werden? Wie kann verhindert werden, das Recht auf *Leben* und den Anspruch auf *körperliche und seelische Unversehrtheit* zu gefährden? Diese Überlegungen betreffen aber nicht nur denjenigen, der möglicherweise Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, sondern auch diejenigen, die um Assistenz gebeten werden, seien dies Angehörige, Pflegende oder Ärzte (I. Hillebrand). Es muss unbedingt vermieden werden, dass aus einem „Recht auf den natürlichen Tod“ aufgrund gesellschaftlicher Erfordernisse eine „Pflicht zum Sterben“ wird.

Während die Diskussion um die Sterbehilfe als ein Tribut an die Anerkennung und Umgang mit der Kontingenz menschlichen Daseins verstanden werden kann, ist das nächste Thema eher das Gegenteil davon. Biotechnik und Biomedizin stellen immer mehr Mittel bereit, die Bedürfnisse wecken, die *menschliche Natur grundsätzlich zu verbessern* bis hin zur Vision der Unsterblichkeit.

#### WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Borasico, G. D./Heßler, H.-J./Wiesing, U.: *Patientenverfügungsgesetz. Die neue Rechtslage und Vorschläge zur praktischen Umsetzung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 40 (2009), A1952-1957.

- Grimm, C./Hillebrand, I.: *Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, 8, verantwortet von D. Sturma, D. Lanzerath, B. Heinrichs)*, Freiburg, München 2009.
- Keown, J. (ed.): *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal perspectives*, Cambridge 1995.
- ders.: *Euthanasia. Ethics and Public Policy. An Argument against Legislation*, Cambridge 2000.
- Schockenhoff, E.: *Töten oder Sterbenlassen. Worauf es in der Euthanasiediskussion ankommt*, in: B. Gordijn / H. ten Have (Hrsg.): *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden (Medizin und Philosophie 5)*, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000, 459-476.
- ders.: *Selbstbestimmt sterben? Zur Kritik der Euthanasie*. In: *Internationale katholische Zeitschrift Communio* 33 (6) 2004, 574-589.
- Verrel T./Simon, A.: *Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, 11, verantwortet von D. Sturma, D. Lanzerath, B. Heinrichs)*, Freiburg, München (erscheint voraussichtlich 2010).
- Wolfslast, G./Conrads, C.: *Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin 2001.

### III. HERAUSFORDERUNG ENHANCEMENT: ANTHROPOTECHNIKEN UND DAS ÄRZTLICHE ETHOS

Mit gentechnisch hergestellten Wachstumshormonen als Dopingmittel im Sport, Korrekturen der Körperästhetik in der kosmetischen Chirurgie, Spekulationen über den möglichen Einsatz von gentherapeutischen Verfahren zur Steigerung der Gedächtnisleistung oder zur Minderung des Aggressionsverhalten scheinen uns Biowissenschaften und Biotechnik ein immer größeres und scheinbar unendliches Spektrum an Eingriffsmöglichkeiten in die menschliche Natur zu bieten. Diese Möglichkeiten – ob nun Science oder Fiction – zeigen uns eine neue Qualität und Tiefe der Eingriffe auf, die auch die Frage nach ihrer Reichweite und Grenzziehung

aufwerfen. Läuten sie damit den Beginn einer neuen Ära der Medizin ein, die sich zunehmend auf das Feld offener Formen von Anthropotechnik wagt? Ergibt sich gar ein völlig neues Methodenspektrum mit erweiterten Ziel- und Zwecksetzungen, die zu radikalen Umbrüchen in bekannten Berufsbildern, gesellschaftlichen Ansprüchen und Formen individueller Selbstgestaltung führen? Dies erfordert sehr grundsätzliche Überlegungen über die Strukturbedingungen und Zielsetzungen der modernen Medizin und ihrer Differenz zu prinzipiell zieloffenen Anthropotechniken.

Mit dem Gedanken der Optimierung der menschlichen Natur entfalten sich in der jüngeren bioethischen Debatte äußerst unterschiedliche Dynamiken. Fürchten Autoren wie Francis Fukuyama *Das Ende des Menschen* und sehen eine neue posthumane Zukunft, im Rahmen einer fragwürdigen Biologisierung oder Medikalisierung des Humanen, sehen andere eine Chance für eine besser Gesundheit oder gar den letzten Schritt der Vollendung des humanistischen Projekts der Zähmung des Menschen durch die Biowissenschaften – eine Vollendung, die den Geisteswissenschaften versagt geblieben sei. Nach Auffassung von Peter Sloterdijk werde es in Zukunft darauf ankommen, das Spiel der genetischen Selektion und Steuerung aktiv aufzugreifen und einen „Codex der Anthropotechniken“ zu formulieren.

Ein zentraler Aspekt in der Debatte – und hierauf beschränkt sich der folgende Abschnitt – liegt darin, inwieweit Anthropotechniken von medizinischen Methoden *unterschieden* werden können und ob diese Unterscheidung *normativ fruchtbar* gemacht werden kann. Mit anderen Worten: Verträgt sich Enhancement überhaupt mit den Ansprüchen des ärztlichen Ethos?

### 1. Enhancement und die Zielsetzungen ärztlichen Handelns

Die mit den Enhancement-Techniken verbundenen medizinethischen Probleme reihen sich in Fragestellungen ein, die die prinzipiellen Grenzen des Umgangs mit den Anwendungen der Biowissenschaften sowie die generelle Stellung der Medizin in der Gesellschaft betreffen. Fasst man die Medizin nicht mehr oder nicht mehr ausschließlich als auf bestimmte Zielsetzungen (Diagnose, Therapie (inkl. Palliation) und Prävention) gerichtet auf, dann stehen Medizintechniken für beliebige Zwecksetzungen zur Verfügung.

Das traditionelle Berufsbild des Arztes und das Arzt-Patientenverhältnis waren durch mehr oder weniger strikt definierte therapeutische Anlässe und ebenso strikte Verhaltenserwartungen und Regelungen gekennzeichnet. Der Arzt wurde durch den Patienten aufgesucht, wenn hierzu ein konkreter Anlass durch Krankheit oder auch durch Beratungs- und Präventionsbedarf bestand. Obwohl der Arztberuf nach wie vor als „freier Beruf“ definiert wurde, wandelte sich das Berufsbild. Im Zeichen einer immer stärkeren Einbeziehung der Bevölkerung in die gesetzliche Krankheitsvorsorge wurde die Funktion des Arztes mehr und mehr durch die Leistungserbringung im System der kassenärztlichen Versorgung bestimmt. Weil das Einkommen prinzipiell durch die Teilhabe an der öffentlichen Gesundheitsvorsorge gesichert war, spielten Zusatzleistungen und das Werben darum eine vergleichsweise geringe Rolle.

Obwohl dieses traditionelle Berufsbild keineswegs überholt ist, lassen sich doch erhebliche Änderungen feststellen, die nicht nur den Arztberuf, sondern die Medizin insgesamt erfasst haben. Offenbar ist ein großer Bedarf an solchen ärztlichen Leistungen entstanden, die nicht der Therapie von Krankheiten dienen, sondern den Arzt zum Anbieter von solchen Leistungen werden lassen, die auf gesteigerte Fitness, physische und psychische Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und langfristige Vorsorge zielen. Nicht nur Kranke, sondern zunehmend auch Gesunde werden insofern zu „Konsumenten“ medizinischer Leistungen. Die traditionell schon immer vorhandene Rolle des Arztes als „Gesundheitsberater“ erhält neue Akzente und bedient sich neuer Methoden.

Der Arztberuf bildet insofern keine Ausnahme zu anderen freien Berufen, die gleichfalls durch neue Dienstleistungen und Kommunikationsformen gekennzeichnet sind (Rechtsberatung, Technikberatung, Lebensberatung usw.). Medizin erhält hier einen geänderten Stellenwert im Rahmen der „Leistungsgesellschaft“. Kaum verwunderlich, dass sich auch deren Testformen und Kennzeichnungen (z. B. „Ärzte-TÜV“, Rankings wie „die 100 besten Ärzte“) finden.

Es fehlt aber nicht an Stimmen, die vor einer Vernachlässigung der wirklich Kranken, der Behinderten und der Alten und aller sonst nicht dem Diktat der Leistungs- und Fitnessgesellschaft gewachsenen Menschen warnen und die eine Orientierung am Menschen statt am Markt anmahnen. Die *Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO)* ist derzeit mit einer Stellungnahme zum Thema befasst, womit die Bedeu-

tung dieser Diskussion unterstrichen wird. Kritisch diskutiert werden in diesem Zusammenhang alle durch den Fortschritt der biomedizinischen Forschung möglich gewordenen Methoden, die der Stärkung der Leistungsfähigkeit von gesunden Menschen dienen und die Natur des Menschen insgesamt verbessern wollen (Enhancement). Hierzu zählen insbesondere die außerhalb der medizinischen Indikation stehenden Handlungsfelder von Anti-Aging, ästhetischer Chirurgie, Neuro-Enhancement und Doping. An einer solchen Ausweitung der Zielsetzung wird kritisiert, dass sich angesichts der immer zahlreicher angebotenen medizintechnischen Serviceleistungen ein Wandel vom „Patienten“ zum „Kunden“ vollzieht. „Ärztliches“ Handeln würde dann marktgerecht über Angebot und Nachfrage geregelt und das bislang an die ärztliche Teleologie gebundene Arzt-Patient-*Vertrauensverhältnis* durch ein ausschließlich individuelles *Vertragsverhältnis* ersetzt werden, das auch Enhancement zuließe. Vielfach wird daher eine Grenze zwischen Therapie und Enhancement vorgeschlagen. Eine solche Grenzziehung erlaubt dem Arzt, dasselbe Medikament bei der einen Person als Lifestyle-Präparat aufgrund einer fehlenden Indikation abzulehnen und es bei einer anderen als Heilmittel zu verabreichen, um Krankheit zu heilen und Leid zu lindern. Das Grundproblem ist nicht neu, denn die Ambivalenz der dem Arzt zur Verfügung stehenden Mittel war bereits Gegenstand der hippokratischen und aristotelischen Schriften. Diese betonten, dass eine ärztliche Handlung sich nach dem Zu- und Abträglichen für die Natur des zu behandelnden Individuums und nach den generellen Zielsetzungen ärztlichen Handelns zu richten hat.

## 2. Medikalisierung der Lebenswelt

Ein Wandel von einer zielgebundenen zu einer *zieloffenen* Medizin mit frei disponiblen Mitteln ist jedoch allgemein feststellbar. Er geht einerseits mit der Beobachtung einer zunehmenden *Medikalisierung* der Lebenswelt einher sowie andererseits mit *mechanistischen* oder *naturalistischen* Vorstellungen von Körper und Geist, die suggerieren, man könne bei hinreichenden Kenntnissen grundsätzlich mithilfe naturwissenschaftlich-technischer Methoden jede psychophysische, ja sogar soziale Veränderung herbeiführen.

In welcher Weise – und hier spielt auch die WHO-Gesundheitsvorstellung („*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“) von 1946 eine gewich-

tige Rolle – werden bspw. psychosoziale Probleme medikalisiert, wenn Psychopharmaka nicht als Medikamente zur Behandlung von Krankheiten, sondern als Lifestyle-Mittel eingenommen werden? Es besteht der Verdacht, dass mittels Enhancement-Techniken auf „medizinischem“ Wege Probleme behoben werden sollen, die eher psychosozialer Natur sind, für deren Lösung es vielleicht andere, bessere oder effizientere Wege gibt und die außerhalb der Zuständigkeit der Medizin liegen. Hinsichtlich der Zielsetzungen von „Enhancement“ bleibt offen, an welchen „Fähigkeiten“, „Talenten“ und „Normalitäten“ sich eine Verbesserung orientieren könnte. Daher nimmt in der Debatte die möglicherweise unangemessene Medikalisierung solcher Probleme, die eher psychosozialer Natur sind, einen breiten Raum ein. Es wird sowohl infrage gestellt, ob die Methoden derartiger Anthropotechniken zur Erreichung der anvisierten Ziele adäquat und Erfolg versprechend sind, als auch ob sie überhaupt in den Zuständigkeitsbereich von Medizin und ärztlichem Handeln fallen oder ob sie nicht vielmehr mit deren Aufgaben und Zielen unvereinbar sind. Vor diesem Hintergrund werden in der Literatur besonders die ärztlichen Handlungsfelder im Bereich der Wachstumshormonbehandlung oder der Psychopharmakologie diskutiert.

Wenn Eltern eines Mädchens, das auf der Basis statistischer Daten als „normalwüchsig“ bezeichnet werden kann, um eine Wachstumshormonbehandlung bitten, weil der Berufswunsch „Model“ eine bestimmte Idealgröße impliziert, dann ist zu diskutieren, ob es – unabhängig von der Frage nach der elterlichen Verantwortung und unabhängig von der Frage nach den gesundheitlichen Risiken eines solchen Behandlungstyps sowie den tatsächlichen Behandlungseffekten – Kriterien gibt, die eine solche Behandlung nicht nur seitens des Arztes – im Blick auf fehlende medizinische Indikation – verbieten, sondern auch hinsichtlich genereller Kriterien der Selbstgestaltung im Kontext einer bestimmten vorgefundenen Gesellschaftsform. Die Bedeutung der Relation von Körpergröße und Lebensgestaltung ist ja keineswegs abwegig, wenn man empirische Untersuchungen zur Grundlage nimmt, die eine Korrelation zwischen Körpergröße und beruflichem Erfolg messbar machen. Hier ist die Überlegung mit einzubeziehen, ob kindliche oder elterliche Zukunftsängste – z. B. im Blick auf die Berufswahl – in dem hier behandelten Kontext auf ein einziges Moment physischer Dispositionen reduziert werden, das nicht oder nur sekundär mit dem eigentlichen psychosozialen Problem verbunden ist. Eine solche Disposition erfährt damit eine Behandlung, die hinsichtlich des Mitteleinsatzes inadäquat erscheint. Man denke ferner an die

aktuelle Diskussion in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie, ob Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wirklich als Krankheit einzustufen ist oder ob es sich – jedenfalls in großen Teilen – um ein soziales Phänomen handelt, das auf Defizite im familiären Rahmen oder in den westlichen Erziehungssystemen hinweist. Dieser Verdacht drängt sich insbesondere dann auf, wenn dies – trotz ICD-Schlüssel – in vielen Ländern gar nicht diagnostiziert wird. Die gängige Verabreichung von Ritalin (Methylphenidat) in dem jetzigen Umfang gerät dann unter Enhancement-Verdacht oder muss sogar als Schädigung aufgefasst werden, wenn dies ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Kompetenz erfolgt.

Stehen – so ist in solchen Fällen dann zu fragen – Problemanalyse, Mittelwahl und Zielvorstellung in einem angemessenen Verhältnis zueinander? Inwieweit wird ein tiefer liegendes Problem auf ein physisches reduziert und aufgrund der Form einer bestimmten Behandlung medikalisiert? In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, inwieweit eine ästhetische Korrektur zwar Benachteiligung und Leid mildern könnte, damit aber zugleich durch einen solchen Eingriff jene ästhetischen Wertvorstellungen und Stereotype bestärkt werden, die ursächlich für diese Benachteiligung und dieses Leid sind.

Damit soll keineswegs bestritten werden, dass diese an die Medizin herangetragenen Probleme ernst zu nehmen sind. Ob die Lösung aber in jedem Fall der Medizin obliegt und ob die angebotenen Mittel die adäquaten sind, muss hinterfragt werden. Zweifelsohne führt eine Ausdehnung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses zu einer größeren Extension des medizinischen Behandlungsbegriffs. Es wird immer wieder kritisch angemerkt, dass dann, wenn gesellschaftliche Bedürfnisse erwachsen, die nicht klassisch eine Antwort der Medizin erwarten lassen, für die aber die Medizin ein Methodenrepertoire bereithält, der Krankheitsbegriff kurzerhand erweitert wird und eine Begründung liefert, ärztlicherseits eine Methode oder Technik anzuwenden. So werden bspw. innerhalb der kosmetischen Chirurgie ästhetisch gewollte Eingriffe über einen weiten Krankheitsbegriff legitimiert, ungeachtet der auch unter Chirurgen vermehrt geführten Diskussion, ob eine solche Behandlung in jedem Fall das eigentliche Leiden beseitigt oder ob sie nicht noch sehr viel größere Leiden verursachen.

Damit wird deutlich, dass die Frage nach der Rechtfertigung des Einsatzes von Enhancement-Techniken nicht nur hinsichtlich der *Legitimität einer bestimmten Zielsetzung* diskutiert wird, sondern auch im Blick auf eine *angemessene Wahl der zur Verfügung stehenden Mittel*. Möglicherweise hilft ein normativ verstandener Krankheitsbegriff, ärztliches Handeln im Blick auf die Möglichkeiten von Enhancement einzuschränken und zu verhindern, dass Medizin zur Anthropotechnik wird. Damit ist aber noch nicht geklärt, ob sich außerhalb der Medizin der Wunsch nach Enhancement einreicht in akzeptierte Leistungssteigerungen oder Verbesserungen der menschlichen Natur, die bei Erziehungs- und Bildungskonzepten beginnen, sich fortsetzen über den stimmungshebenden Effekt bei der Einnahme von Drogen wie Alkohol bis hin zur ästhetischen „Verbesserung“ des menschlichen Körpers durch Tattoos oder Piercing, für die lange Traditionen bspw. in afrikanischen Kulturen bestehen.

Aus Sicht der Ethik geht die Frage nach den Grenzen der Anwendung von Enhancement-Techniken freilich über ihre medizinisch-technischen Risiken hinaus. Es gilt zu klären, ob es gültige Normen geben kann, die angesichts einer möglichen biotechnischen Verbesserung der Gesellschaft oder von Individuen im Rahmen einer kollektiven Verantwortung in und für eine Gemeinschaft den Einsatz solcher auf Enhancement gerichteten Anthropotechniken regeln und die gleichzeitig die individuellen Bedürfnisse eines auf Selbstgestaltung gerichteten gelingenden Lebens berücksichtigen. Denn der Mensch verwirklicht sich selbst im guten Leben nach eigenem Entschluss unter produktiver Mitwirkung anderer, d. h. im gemeinsamen guten Leben.

### 3. Fazit und Ausblick

Wenn der Mensch mit seiner Natur, zu der er sich verhalten und in die er deshalb diagnostisch und therapeutisch eingreifen kann, zugleich unauflösbar identisch ist, sind der Möglichkeit der Intervention nicht nur Räume eröffnet, sondern im Blick auf die Wahrung der dem Menschen eigenen Identität auch Grenzen gezogen. Nicht nur Manipulation von außen führt zu Entfremdung und Identitätsverlusten. Insofern sind auch außerhalb der Medizin aus Respekt vor der personalen Identität Eingriffe in die Natur Grenzen gezogen. Es bleibt dann im Kontext der verschiedenen Handlungsfelder zu diskutieren, welche Selbstgestaltung im Einzelfall die menschliche Natur in ihrem Wesenskern trifft, d. h. wann nicht mehr von Gestaltung ausgegangen werden kann, sondern von Manipulation

gespröchen werden muss. Dies ist verbunden mit der Frage, welche Form von Fragilität und Kontingenz für einen gelungenen Lebensentwurf notwendig ist.

Kann es angesichts zukünftiger auf Enhancement gerichteter Anthropotechniken gelingen, einen Ausgleich zu finden von Selbsttranszendenz und Leiblichkeit, Entwurfs Offenheit und Determiniertheit, Veränderung und Wahrung der Identität? Im Hinblick auf die Biowissenschaften hatte Kant noch ausgeschlossen, sich nach eigenem Entwurf hervorzubringen. „Woran können wir uns denn orientieren,“ – so die Frage von G. Böhme – „wenn wir die Ordnung der Natur nicht mehr als gegeben hinnehmen, sondern überhaupt erst ‚nach eigenem Entwurf‘ hervorbringen wollen? Der Schrecken, der uns angesichts der Möglichkeiten, die uns das genetische Wissen in die Hände gegeben hat, überfällt, ist die Verlegenheit angesichts einer Aufgabe, auf die wir nicht vorbereitet sind, ist das Zurückweichen vor einer Verantwortung, der wir nicht gewachsen sein könnten, ist der Schauer vor einem Tun, das wir noch immer als Hybris empfinden.“ Welche Kriterien helfen uns dann aus dieser Verlegenheit heraus, wenn wir das Projekt der Selbstvervollkommnung verantwortlich verfolgen wollen? Und welche Mittel sind angesichts zukünftiger Anthropotechniken dafür angeraten?

Einmal mehr erweist sich die Schwelle zwischen medizinisch Machbarem und medizinisch Verantwortbarem, zwischen Selbstgestaltung und Selbstverlust als schwer zu definieren. Zweifelsohne wird sie ständig verschoben. Aber gibt es einen unverrückbaren Wesenskern, vor dem die Anwendung von Anthropotechniken in individueller und kollektiver Verantwortung „zurückschrecken“ muss? Kann dann Enhancement als eine Behandlung verstanden werden, die zwar über Therapie hinausgeht, die aber mal Gestaltung, mal Manipulation sein kann? Diese Frage ist nicht identisch mit der Frage, wer dies denn in einem modernen Gesundheits- und Medizinsystem bezahlen soll. Hier sind also noch erhebliche bioethische und biopolitische Debatten zu erwarten.

#### WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- *Böhme, G.: Die Vernunft und der Schrecken. Welche Bedeutung hat das genetische Wissen: Naturphilosophische Konsequenzen, in: L. Honnefelder/P. Propping (Hrsg.): Was wissen wir, wenn wir das menschliche Genom kennen?, Köln 2001, 189-195.*

- *Fuchs, M./Lanzerath, D./Hillebrand, I. et al.: Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen. drze-Sachstandsberichte 1, Bonn 2002.*
- *Fukuyama, F.: Das Ende des Menschen. Stuttgart 2002.*
- *Lanzerath, D.: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i. Br. 2000.*
- *ders.: Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt?, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 7, Berlin, Heidelberg, New York 2002, 319-336.*
- *ders. et al.: Natürlichkeit und Enhancement. Zur ethischen Beurteilung des Gendopings, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 13, Berlin, Heidelberg, New York 2008, 263-302.*
- *Parens, E. (ed.): Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications. Washington D.C. 1998.*
- *Sloterdijk, P.: Regeln für den Menschenpark. Ein Antwortschreiben zu Heideggers Brief über den Humanismus, Frankfurt a.M. 1999.*



## DER AUTOR

*Dr. phil. Dirk Lanzerath*

*Studium der Biologie und Philosophie an der Universität Bonn mit Staatsexamen (1990-1993). Promotion an der Philosophischen Fakultät der Universität Bonn (1998). Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Philosophischen Seminar der Universität Bonn (1993-1994) und am Institut für Wissenschaft und Ethik in Bonn (1994-1998). 1999-2002 Leiter der Wissenschaftliche Abteilung des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) der Universität Bonn. Seit 2002 Geschäftsführer des DRZE. Seit 1995 Lehrbeauftragter für Philosophie an der Philosophischen Fakultät der Universität Bonn. Seit 1996 Gastdozent an der Loyola Marymount University, Los Angeles, Ca. Seit 2004 Fakultätsmitglied im Bioethics Program of The Graduate College of Union University Schenectady, NY. Seit 2009 Lehrbeauftragter für Global and Business Ethics an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Seit 2007 Mitglied der „Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer“. Seit 2006 Mitglied im „Review Board of UNESCO's Global Ethics Observatory Database (GEObs)“.*

## ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

*Dr. rer. nat. Norbert Arnold*

*Leiter des Teams Gesellschaftspolitik und  
Koordinator für Wissenschaft, Forschung und Technologie  
HA Politik und Beratung  
Konrad-Adenauer-Stiftung  
10907 Berlin  
Telefon: +49(0)30 2 69 96 35 04  
E-Mail: [norbert.arnold@kas.de](mailto:norbert.arnold@kas.de)*

*Dr. phil. Karlies Abmeier*

*Koordinatorin für Religion und Wertorientierung  
HA Politik und Beratung  
Konrad-Adenauer-Stiftung  
10907 Berlin  
Telefon: +49(0)30 2 69 96 33 74  
E-Mail: [karlies.abmeier@kas.de](mailto:karlies.abmeier@kas.de)*

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

[http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum\\_politik.html](http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum_politik.html)

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

gern schicken wir Ihnen unsere Veröffentlichungen auch zu. Bitte bestellen Sie mit dem umseitigen Vordruck.

Bis zu drei Exemplaren geben wir kostenlos ab. Ab vier Exemplaren berechnen wir eine Schutzgebühr (Bearbeitungs- und Versandkosten) von € 3,00 je Heft. Bei größeren Bestellungen ab 30 Exemplaren gewähren wir einen Rabatt, so dass jedes Heft dann € 2,00 kostet.

Bitte schicken Sie zusammen mit Ihrer Bestellung einen entsprechenden Verrechnungsscheck, Briefmarken oder Geld, erst dann können wir Sie beliefern.

Alle Studien – die aktuellen und vergriffenen – können Sie im Internet herunterladen.

Wenn Sie Fragen zu den Publikationen der Konrad-Adenauer-Stiftung haben, erreichen Sie uns per E-Mail: [publikationen@kas.de](mailto:publikationen@kas.de)

Wir wünschen eine interessante Lektüre.

Ihr Publikationen-Team

**ZUKUNFTSFORUM POLITIK**

**BESTELLUNG**

Kurztitel	Heftnummer	Preis

\* Bitte beachten Sie die umseitigen Lieferbedingungen.

**Absender**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Bitte bestellen Sie hier:  
Konrad-Adenauer-Stiftung  
Rathausallee 12  
53757 Sankt Augustin

Fax: 0 22 41 / 2 46-2479  
E-Mail: robert.bischoff@kas.de

**ZUKUNFTSFORUM POLITIK**

**BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN**

- 50 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa I
- 51 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa II
- 52 | Wie wird die Globalisierung heute beurteilt? – Ein Beitrag zu einer „rationaleren“ Diskussion
- 53 | Deutsche Außenpolitik im 21. Jahrhundert. Arbeitskreis Junger Außenpolitiker (*vergriffen*)
- 54 | Globalisierungsdebatte II: Positionen und Gegenpositionen
- 55 | Afrika realistisch darstellen: Diskussionen und Alternativen zur gängigen Praxis. Schwerpunkt Schulbücher (*vergriffen*)
- 56 | Von TIMSS zu IGLU – Eine Nation wird vermessen (*vergriffen*)
- 57 | Ideen für Berlin: Eine Synopse strategischer Entwicklungsvorschläge
- 58 | Jedes Kind zählt – Neue Wege der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung
- 59 | Christ sein in der Politik. Hermann Ehlers heute – anlässlich seines 100. Geburtstags
- 60 | Zur Krise und Reform der Universität
- 61 | Föderalismusreform – Vor der Reform ist nach der Reform? Eine erste Bilanz der Arbeit der Bundesstaatskommission
- 62 | Was die Gesellschaft zusammenhält. Plädoyer für einen modernen Patriotismus
- 63 | Aufbau oder Abriss Ost? Konzeptionelle Überlegungen zur nachhaltigen Stadtentwicklung in den neuen Ländern

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 64 | Föderalismus in Europa III
- 65 | Rechtsextremismus in der Bundesrepublik Deutschland.  
Auf dem Weg zur „Volksfront“?
- 66 | Sozialer Bundesstaat
- 67 | Ein Jahr nach der EU-Osterweiterung: Erste Erfahrungen, Probleme,  
Aussichten
- 68 | Möglichkeiten der wirtschaftlichen Entwicklung strukturschwacher  
Regionen in Ostdeutschland
- 69 | Der deutsche Föderalismus im Reformprozess
- 70 | Wie lange dürfen wir arbeiten? Gesetzliche Altersgrenzen als  
Verfassungsproblem
- 71 | Deutsch-russische „Strategische Partnerschaft“: Eine kurzsichtige  
Strategie oder Handeln im Interesse Europas?
- 73 | Der „Bachelor“ – Anregungen zur aktuellen Studienreformdebatte
- 74 | Familienfreundliche Personalpolitik
- 75 | Auf dem Weg zu einem patientenfreundlichen Gesundheitssystem.  
Liberalisierung des Pharmamarktes. Eine Ordnungsökonomische  
Analyse und Implikation für den deutschen Pharmamarkt.
- 76 | Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen. Mehr Qualität und Effizienz  
durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im  
Gesundheitswesen  
Englische Ausgabe: Better Health Care at Affordable Prices  
Higher Quality and Greater Efficiency through Competition.  
Arguments for Strengthening the Citizen's Position in the Health  
System

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 78 | Perspektiven der Innovationspolitik für die neuen Länder
- 79 | Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben –  
Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien  
Englische Ausgabe: Euthanasia and self-determination in dying –  
A review of the debate in central and western Europe, the United  
States and Australia
- 80 | Dem Sterben einen Sinn geben
- 81 | Gesundheitskompetenz ausbauen
- 82 | Sozialer Bundesstaat – ein Spannungsfeld
- 83 | Stammzellforschung als politische Herausforderung
- 84 | Die Mitglieder der CDU – eine Umfrage der  
Konrad-Adenauer-Stiftung
- 85 | Ethische Bewertungen der Stammzellforschung
- 86 | Probleme der Föderalismusreform in Deutschland – Der gegen-  
wärtige Stand der Reformen und der Auftrag der Föderalismus-  
kommission II
- 87 | Das Rechtsextreme Bündnis: Aktionsformen und Inhalte
- 88 | Die UNO-Leitlinien zur Dezentralisierung und Stärkung der  
Kommunen | UN Guidelines on decentralization and the  
strengthening of local authorities
- 89 | Deutschland in der Globalisierung – Auswirkungen und Handlungs-  
ansätze für eine bessere Balance zwischen Gewinnern und Verlierern
- 90 | Die Entzauberung der Extremisten? – Erfolgsbedingungen der NPD  
im internationalen Vergleich

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 91 | Schöpfungsglaube und Evolutionsbiologie
- 92 | Der „zweite Frühling“ der NPD – Entwicklung, Ideologie, Organisation und Strategie einer rechtsextremistischen Partei
- 93 | Die Freien Wähler in Deutschland – Geschichte – Strukturen – Leitlinien
- 94 | „Die Linke“ – Entstehung – Geschichte – Entwicklung
- 95 | Prävention bis ins hohe Alter
- 96 | „Die Linke“ – Bündnis- und Koalitionspolitik der Partei
- 97 | „Die Linke“ – Politische Konzeptionen der Partei
- 98 | Rechts- und Linksextremismus in Deutschland – Wahlverhalten und Einstellungen
- 99 | „Impulse 2020“ – Akzente zukünftiger deutscher Außenpolitik
- 100 | Obama und das Internet – Tipps für den modernen Internetwahlkampf
- 101 | Soziale Gesundheitswirtschaft – Ordnungsrahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem  
Englische Ausgabe: The Social Health Economy – A Regulatory Framework for a Healthcare System to meet the Challenges of the Future
- 102 | Innovative Ansätze im Krankenhaussektor – Best-Practice-Beispiele
- 103 | Herausforderungen der Bioethik