

Zu neuen Anforderungen
an ethische Orientierung

Von der Baisse in der Biopolitik zur Hause in der Bioethik

Dirk Lanzerath

Wie kaum eine Debatte zuvor hat die Frage, wie wir in Deutschland mit der Erforschung humaner embryonaler Stammzellen umgehen sollen, vor zwei 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 im Deutschen Bundestag wurde eine wohl informierte biopolitische Debatte auf hohem Niveau geführt, und dies bei einem Thema, bei dem bereits die akademische Verständigung eine große Herausforderung darstellt. Über das Ergebnis und seine Halbwertszeit kann man trefflich streiten, aber es ist immerhin ein Ergebnis.

Nun, zwei Jahre später, sind Diskurse der Bioethik aus dem Mittelpunkt der gesellschaftlichen und tagespolitischen Debatte nahezu verschwunden. Hin und wieder werden Versuche unternommen, alte Themen der Biophilosophie und Bio-

ethik neu zu besetzen, wie etwa bei der Debatte um das Verhältnis von Hirnforschung und philosophischer Freiheit/Determinismus. Oder es wird versucht, neue Diskussionsfelder wie „Risiken der Nanotechnologie in biologischen Systemen“ zu etablieren.

Dispute von Luxusgesellschaften?

Letztlich sind biophilosophische und bioethische Themen jedoch verdrängt worden von Terrorangst, ökonomischer Verunsicherung und kollabierenden Gesundheitssystemen, das heißt von jenen Themen, die unmittelbar die Basisbedürfnisse und Existenzängste von jedermann berühren. Dagegen erscheint die Stammzellforschung als ein recht exotisch anmutendes Problem: Diskutiert man mit Kollegen aus Osteuropa, bezeichnen diese die Stammzelldebatte gar als „Dispute von Luxusgesellschaften“, die sich keinen ernsthaften Problemen ausgesetzt sehen, weil sie im Prinzip alles haben und gut versorgt sind. Die gegenwärtige Kri senstimmung in Deutschland scheint dieser Einschätzung Recht zu geben, wenn sich jetzt auch die deutsche Gesellschaft primär auf einen Diskurs über die Erfüllung von Grundbedürfnissen zurückzieht – das einzige der Bioethik nahe stehende „Seite-eins-Thema“ ist die Absicherung der gesundheitlichen Versorgung sowie die damit verbundenen Fragen nach dem Umgang mit dem „Gut Gesundheit“ und den Prioritäten bei der Allokation begrenzter Ressourcen. Doch sind dies – auch wenn es die wortführen-

den Gesundheitsökonomen glauben machen wollen – keineswegs ausschließlich ökonomische Probleme, und auch die Lösungen werden nicht rein ökonomische sein können: Es fehlt gerade an einer geeigneten ethisch reflektierten Kriteriologie, die sehr grundsätzliche Fragen nach den Zielsetzungen unseres individuellen Lebens in einer pluralen Gesellschaftsform stellt und sauber abwägt zwischen individueller Verantwortung und solidargemeinschaftlicher Verpflichtung.

Schaut man über den Rand der deutschen Tagespolitik hinaus, so findet man wichtige Themenfelder die – vorausgesetzt, dass die ökonomische Krise auch einmal überwunden sein wird – deutlich stärkere Beachtung im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs verdienen. So werden bald Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, wie unsere Gesellschaft mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung genetischer, medizinischer und biometrischer Daten innerhalb und außerhalb der biowissenschaftlichen Forschung umgehen soll. Da Forschung und Datennutzung längst keine nationale Angelegenheit mehr sind, wird hier zudem die Abstimmung mit anderen Ländern erforderlich, und es entsteht die Notwendigkeit, sich in europäische und internationale Diskurse intensiver einzumischen.

Doch die Baisse in der Biopolitik muss als Chance genutzt werden. Die Bioethik kann sich – vom Druck der Tagespolitik befreit – als philosophische Disziplin auszeichnen und das tun, was schon der Stammzelldebatte fehlte: die Reflexion auf die normativen Fundamente des Humanums angesichts moderner Medizin und Biologie.

Das Gerechte, das Gute und die Ziele der Medizin

Dass unsere Gesundheitssystemkurz vor dem Kollaps stehen, wird kaum jemand ernsthaft bestreiten. Es wird auch kaum je-

mand der Behauptung widersprechen, dass der Anspruch auf eine adäquate gesundheitliche Versorgung kein verzichtbares Luxusgut ist, sondern ein zentrales Grunderfordernis für jedermann darstellt. Eine Auseinandersetzung besteht vielmehr hinsichtlich der Formulierung der Ziele und angemessenen Instrumente der Gesundheitspolitik. Gegenwärtig streiten die Parteien über verschiedene Finanzierungsmodelle wie „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“. Hinter solchen Schlagworten liegt ein grundsätzliches Problem verborgen, das bisher keineswegs hinreichend reflektiert und auf die Probleme des Gesundheitssystems übertragen worden ist: Wie können begrenzte Güter in einer Gemeinschaft nach bestimmten, auf einer konsensfähigen Vorstellung von Gerechtigkeit basierenden Regeln verteilt werden? Und wie lassen sich die Vorstellung vom „Gerechten“ mit der Konzeption des „Guten“ in der Praxis verknüpfen, wenn die Existenz des Gerechten und die Realisation des guten Lebens eng miteinander verbunden sind? Dies sind Kernfragen der politischen Philosophie seit Platon und Aristoteles, die insbesondere durch John Rawls 1971 in seiner „Theory of Justice“ neu angestoßen worden sind und seitdem eine umfangreiche und kontroverse Debatte ausgelöst haben. Will man nun im Rahmen der politischen Philosophie Kriterien einer distributiven Gerechtigkeit im Gesundheitssystem fruchtbar machen, dann ist dies kein einfaches Ableitungsverhältnis aus dem auf anderen Gebieten bereits theoretisch Geleisteten, sondern ein solches Verfahren erfordert die Überprüfung der Anwendbarkeit dieser Kriterien und gegebenenfalls die Ergänzungen ihrer Grundlagen.

Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit, im Blick auf das Gut Gesundheit die Frage nach dem „Guten“ zu stellen. Fordert man ein Recht auf Gesundheitsfürsorge, dann gilt es in der ethischen Refle-

xion die grundlegende Bedeutung der Unterscheidung zwischen Gesundheit als Primär- und Gesundheit als Zielgut festzumachen: Denn wenn Gesundheit als Zielgut verstanden wird, dann kann und muss ihre Pflege dem Bereich der subjektiven Präferenzen überlassen bleiben. Nur als mit objektivem Anspruch verbundenes Primärgut kann sie zum Gegenstand der Ressourcenallokation durch das Gemeinwesen werden. Doch so bedeutsam diese Unterscheidung ist, so schwierig ist es auch, die Trennschärfe dieser Begriffe im Konkreten beizubehalten. Schon der engere Gesundheitsbegriff bezeichnet ja nicht einfach den altersgemäßen Zustand der humanbiologischen Basisfunktionen – vieles von dem, was wir als Krankheit erleiden, ist über die Störung der biologischen Funktionen hinaus auch kulturell und sozial vermittelt. Als „Krankheit“ ist daher am ehesten derjenige Zustand zu bezeichnen, der den Betroffenen veranlasst, beim Kundigen um Hilfe nachzusuchen. Gerade dieser Indikator aber macht deutlich, dass Gesundheit als ein transzendentales Gut nicht eine einfach vorgegebene, sondern eine von uns zu bestimmende und zu verantwortende Größe darstellt, in die höchst unterschiedliche Parameter – medizinische Indikationen wie subjektive Leidenserfahrung, kulturelle Prägung und soziale Bewertung – eingehen. Nicht ohne Grund ist daher – wie die Praxis zeigt – der *objektive* Anspruch auf Gesundheitsfürsorge immer auf den konkreten Einzelfall zu beziehen und im Kontext der Medizin als einer Interaktion von Arzt und Patient zu erheben.

Damit wird der enge Zusammenhang deutlich, in dem das Verständnis des Gutes der Gesundheit mit dem Selbstverständnis der Medizin steht. Es sind die Ziele der Medizin, die Verständnis und Bewertung des Gutes der Gesundheit bestimmen und umgekehrt. Um das Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem anzugehen, ist beispiels-

weise von Norman Daniels und James Sabin vorgeschlagen worden, nur diejenigen medizinischen Interventionen zu gewährleisten, die für die Wiederherstellung oder den Erhalt der „organismischen Normalfunktionen“ notwendig sind. Gehen medizinische Eingriffe darüber hinaus oder wird auf eine hinsichtlich der Normalfunktion nicht mehr relevante Verbesserung der menschlichen Natur abgezielt, dann sollten hierfür, so Daniels und Sabin, im solidargemeinschaftlichen Gesundheitssystem keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Was über Diagnose, Therapie und gesundheitliche Prävention hinausgehe, sei *Enhancement* und nicht abrechnungsfähig. Ob diese Grenze zwischen *Treatment* (Heilbehandlung) und *Enhancement* (Verbesserung, Steigerung) allerdings tragfähig ist und verbindlich sein kann, wird in der Diskussion in Zweifel gezogen. Denn die Bezug auf einen biologisch begründeten Normalitätsbegriff sowie der Ausschluss von Behandlungen psychophysischer Beeinträchtigungen, die nicht ohne weiteres auf negative Abweichungen von den jeweiligen Normalfunktionen rückführbar sind, können als ungerecht empfunden werden. Versteht man zudem den Rechtigkeitsbegriff nicht egalitär, dann ist auch zu klären, ob nicht auch innerhalb des Normbereichs liegende Varianzen zu behandeln sind, wenn diese für die Betroffenen zu Benachteiligungen führen.

Die normative Tragweite der Unterscheidung von *Treatment* und *Enhancement* wird auch jenseits der unmittelbar die Rechtigkeit betreffenden Überlegungen kritisiert, wenn sie sich nicht mit einer etablierten Praxis innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems deckt. Denn auch gegenwärtig gewährleisten verschiedene Gesundheitssysteme Behandlungsformen, die über die Wiederherstellung oder Bewahrung einer psychophysischen Normalfunktion hinausgehen – ein prominentes Beispiel hierfür ist der Schwanger-

schaftsabbruch. Umgekehrt werden Behandlungen aufgrund der finanziellen Anspannung im Gesundheitssystem nicht abgerechnet, obwohl sie deutlich unter die Begriffe Diagnose, Therapie oder Prävention fallen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn einem hohen Aufwand von Ressourcen ein nur geringfügiger Nutzen entgegensteht oder die finanziellen Belastungen für den Patienten als zumutbar gelten. Eine Debatte über diese Probleme wurde beispielsweise geführt, als es darum ging, Infertilität als Krankheit anzuerkennen und die künstliche Befruchtung (IVF) als Infertilitätstherapie kassenärztlich abzurechnen. Gleichwohl können auch nicht solidargemeinschaftlich finanzierte Maßnahmen dem Gesundheitssystem zugute kommen: Wenn die medizinische Normalbehandlung immer mehr mit Mittelknappheit zu kämpfen hat, kommen jedem Krankenhaussträger die außergewöhnlichen Maßnahmen (zum Beispiel die plastische Chirurgie) entgegen, die zwar nicht jedem solidargemeinschaftlich finanziert zur Verfügung stehen, die aber für die Klinik einen ökonomischen Gewinn abwerfen, der dann hilft, den Bereich der Normalversorgung dieser Klinik besser auszustatten.

Der Umgang mit Biobanken und Biodaten

Ein weiteres bioethisches „Seite-eins-Thema“ ist die Einrichtung und Verwaltung sowie der damit verbundene Regulierungsbedarf von Biobanken. Gerade die Europäische Kommission und der Europarat werden nicht müde, das Thema „Biobanken“ in politischen Statements, Workshops und Konferenzen auf den Plan zu bringen, weil seitens der Forschung immer wieder bessere Zugriffsmöglichkeiten auf medizinische Daten unterschiedlicher Art gefordert werden. Doch werden zu einem großen Teil ausschließlich die möglichen Praxen der Regulierung von Biobanken erörtert. Die Diskussion um

Details einer praktischen Regelung entbindet aber nicht von der zugegebenermaßen anstrengenden Tiefendiskussion. Denn es geht um weitaus mehr: Es wird viel zu wenig reflektiert, mit welchem Typ von Wissen Biobanken und ihre Nutzer in der Kombination von Biomaterial und Personendaten umgehen, und wie dieses Wissen unser Selbstverständnis prägen wird. Je mehr der Zugriff der Forschung auf diese Kombination freigegeben wird, desto mehr bahnt sich hier ein Konflikt von Grundwerten an: Forschungsfreiheit und Persönlichkeitsrecht.

Das methodische Argument, Biobanken zu etablieren, lautet, dass nur dann, wenn man auf große Datenmengen zugreifen kann, sich wissenschaftliche Hypothesen und empirische Befunde auch statistisch absichern, auf große Populationen übertragen und für den Einzelfall validieren lassen. Dieses hehre Ziel, diagnostische Erkenntnis und therapeutisches Wissen zu steigern, verdient sicherlich Achtung, wenn Grundlagenforschung auf Datenzugriff und Datenaustausch angewiesen ist und dies notwendige Voraussetzung zur Entwicklung medizinisch wirksamer Anwendungsvorfahren ist. Denn wenn man keine monokausalen Ansätze verfolgt, beispielsweise in Bereichen wie Humangenetik oder Tumorforschung, dann wird es im Kern darum gehen müssen, Korrelationen und Zusammenhänge zwischen verschiedenen biologischen Funktionseinheiten, unterschiedlichen Typen biologisch-medizinischer Daten, Umwelteinflüssen und Lebensstilen zu untersuchen. Woraus besteht dann – so muss gefragt werden – der Cocktail an Einflüssen auf biologische Entwicklungen positiver wie negativer Natur? Welche unterschiedlichen funktionalen und semantischen Ebenen lassen sich hier unterscheiden und sind naturwissenschaftlich wie hermeneutisch zu diskutieren? Dieser Fragenkomplex bezieht sich auf den *Typ* des Wissens beim

Umgang mit biomedizinischen Daten. Ein zweiter Fragenkomplex, der sich daran anschließt, bezieht sich auf die *Bedeutung* dieses Wissens für das Individuum und seine Selbstbestimmung. Wer soll Zugriff auf diese Daten und Biomaterialien erhalten? Wie kann über den Umgang mit diesen Daten und Materialien informiert werden, wenn zukünftige Zwecke der Verwendung der Daten und Materialien noch völlig im Dunkeln liegen? Ist es unter solchen vagen und hypothetischen Bedingungen überhaupt möglich, selbstbestimmt seine Zustimmung für den Umgang mit den eigenen Daten und eigenen Körperteilen im weitesten Sinne zu geben? Und was bedeutet in diesem Zusammenhang „eigen“? Ist man Eigner seiner Körperteile, und wenn ja, besitzt man sie auch noch, wenn sie vom Körper getrennt sind, oder sind sie grundsätzlich unveräußerlich und nur bedingt verfügbar?

Verfügbarkeit des Körpers?

Die hierüber anzustellenden Überlegungen sind sehr grundsätzlicher Natur und gehen weit über die Regelung eines bestimmten biomedizinischen Forschungs- und Anwendungsbereichs hinaus. Vielmehr sind es Fragen, die unser eigenes Selbstverständnis und Menschenbild tief berühren und erheblichen Einfluss auf die Konstitution unserer Gesellschaft haben werden.

Im Kern sind es vier Problemfelder, die zu diskutieren sind: Wie informiert muss der *informed consent* bei in der Zukunft liegenden, nicht vorhersagbaren Anwendungen sein? Welche Rechte habe ich an Biomaterialien, die aus meinem Körper entnommen worden sind? Wer soll Zugriff auf diese Daten haben? Welcher Typ von Wissen wird hier eigentlich erhoben?

Charakteristisch für Biobanken als Sammlungen von menschlichen Körpersubstanzen wie Blut, DNA, Gewebe, Zellen oder Organen ist die Tatsache, dass in ihnen biologische Proben mit persön-

lichen Daten derjenigen, von denen die Proben stammen, verbunden sind oder dass diese Verbindung prinzipiell hergestellt werden kann. Damit sind Biobanken gleichermaßen biologische Materialsammlungen wie Dokumentationen personenbezogener Daten. Aufgrund der geschilderten Bedeutung der Möglichkeit eines Zugriffs auf diese Proben und Daten im Rahmen der biomedizinischen Forschung sind in jüngster Zeit mehrere unterschiedliche Biobanken neu aufgebaut worden. In Kliniken existieren jedoch schon lange Biobanken mit Proben biologischer Substanzen, die ursprünglich für diagnostische Zwecke entnommen worden sind (zum Beispiel Blut-, DNA- und Gewebeproben) und dann in der medizinischen Forschung weiterverwendet wurden.

Diese Sammlungen sind prinzipiell nichts Neues, sie sind mit der Entstehung der wissenschaftlichen Medizin an medizinischen Forschungseinrichtungen kontinuierlich aufgebaut worden, in der Regel im Zusammenhang mit der Erforschung bestimmter Krankheiten oder Gruppen von Krankheiten. Neu hingegen sind Biobanken mit bevölkerungsbezogenen Biomaterialien wie beispielsweise in Island oder Estland im Rahmen von Fragestellungen genetischer Diversifikation und solche Biobanken, die von vorneherein angelegt worden sind, um die Erforschung des Zusammenhangs zwischen genetischen Dispositionen, Umwelteinflüssen und Lebensstil bei der Entwicklung von Krankheiten und Erhaltung von Gesundheit umfassend zu befördern wie die BioBank UK. Sieht man einmal von dem Problem ab, wie dieses komplexe Datenmaterial überhaupt verwaltet werden kann und ob man je in der Lage sein wird, in der Unmenge an Detailwissen noch den Überblick über das Ganze des menschlichen Organismus und die eigentliche Fragestellung zu behalten – ein Problem, das längst in der

molekularbiologischen Forschung virulent ist –, steht im Vordergrund die Sorge um den rechten Umgang mit den persönlichen Daten. Schließlich fragen wir uns bereits im Alltag immer wieder, woher die Firma X oder Y auf einmal an unsere persönlichen Daten gelangt ist. Können diese Verwaltungen von Biobanken überhaupt kontrolliert mit Proben und Daten umgehen? Wie können „Spender“ davor geschützt werden, ungewollt persönliche Daten preiszugeben? Wie groß ist die Gefahr von Diskriminierung und Stigmatisierung? Schließlich ist zu bedenken, dass persönliche Daten auf genetischer Basis auch Rückschlüsse auf genetisch Verwandte zulassen.

Will man das wissenschaftliche Potenzial von Sammlungen biologischer Substanzen und Daten erschöpfend nutzen, dann kann der Zweck der Entnahme nicht eng begrenzt sein auf ein spezifisches, vorher klar definierbares und eingrenzbares Forschungsvorhaben. Der Spender müsste vielmehr einer allgemeinen Verwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung zustimmen. Zusätzlich wäre dies auf lange Sicht zu gewährleisten, da gerade groß angelegte epidemiologische Studien auf mehrere Jahrzehnte angelegt sein können und man beim Entnahmepunkt weder die Zwecke noch die Methoden der zukünftigen wissenschaftlichen Herangehensweise vorherbestimmen kann. Mit dieser allgemeinen Zustimmung führt man die Informiertheit der Zustimmung jedoch ad absurdum, denn über medizinische Forschung im Allgemeinen braucht man nicht zu informieren, und über Spezielles detailliert zu informieren würde bedeuten, nicht umfassend genug zu informieren.

Dem kann nur entgegengewirkt werden – wenn denn informiert zugestimmt werden soll –, indem die Zustimmung zu bestimmten Zwecken immer wieder neu eingeholt wird. Hier deutet sich aber ein sehr hoher Aufwand an, der vermutlich

nicht mehr praktikabel sein wird. Sehr viel restriktiver wäre eine völlige Anonymisierung des Datenmaterials, sodass ein Rückverfolgen nicht mehr möglich wäre. Dies würde aber bedeuten, dass Teile des aktuellen und zukünftigen wissenschaftlichen Begehrungs nicht befriedigt werden können, wenn es Näheres zu erfragen gibt beispielsweise in Bezug auf Umwelteinflüsse und Lebensstil – eben all jenes, was sich nicht aus den biologischen Substanzen selbst ergibt und an dessen Zusammenspiel so reges und verständliches Interesse besteht. Interessant ist ja in dem Zusammenhang auch die Frage, ob der Spender möglicherweise als Individuum auch von den Forschungsergebnissen diagnostisch oder therapeutisch profitieren kann oder soll. Dies wiederum wirft Probleme auf, die vom Spender-Biobank-Verhältnis ähnliche Anforderungen erwarten ließen wie vom Arzt-Patient-Verhältnis. Dies ist schwer vorstellbar oder nur über vermittelnde Instanzen erreichbar (beispielsweise wenn die Biobank sich, ähnlich wie Diagnoselabors, als verlängerter Arm eines betreuenden Arztes verstehen würde).

Freiheit zum Nicht-Wissen

Zur Freiheit des Individuums gehört es auch, Dinge über sich selbst *nicht* wissen zu wollen. Die klassisch-aufklärerische Annahme, jede Information sei ein Gewinn für die Selbstbestimmung, kann in Bezug auf die prädiktive Medizin nicht grundsätzlich bestätigt werden. Ganz im Gegenteil kann eine gewisse Form der Ungewissheit und Schicksalhaftigkeit die Handlungsfreiheit eher steigern. Zur wahren Autonomie gehört es dann, bestimmte Informationen nicht zu haben und nicht zu wollen, aber selbst bestimmen zu können, welche dies sind. Damit ist die Möglichkeit, sich selbst *begrenzen* und dadurch *verwirklichen zu können*, offensichtlich Bestandteil der Autonomie. Doch ist es nicht allein der möglicher-

weise problematische Gebrauch von personenbezogenen Daten in der medizinischen Forschung, der Probleme aufwirft, sondern die Begehrlichkeiten anderer gesellschaftlicher Subsysteme, in solche Daten Einsicht nehmen zu können. So kann der Arbeitgeber ein Interesse an Informationen haben, die Versicherungen fordern ein Wissen ein, das für Risikoberechnungen relevant sein könnte, und die im strafrechtlichen und zivilrechtlichen Bereich arbeitenden Behörden werden Ansprüche für forensische Zwecke anmelden.

In Deutschland hat jüngst der beamtenrechtliche Fall einer hessischen Lehrerin, die wegen des Risikos einer Chorea-Huntington-Erkrankung (erblicher Veitstanz) und aufgrund ihrer Weigerung, einen genetischen Test durchzuführen, nicht verbeamtet werden sollte, mit Recht für Aufregung gesorgt. Denn hier war es gerade der Staat, der den Gentest forderte und ein Erkrankungsrisiko von fünfzig Prozent als ausreichend empfand, eine Verbeamtung zu verweigern (bei einer gleichzeitigen Gesundheitschance von fünfzig Prozent). Der gesellschaftliche Sprengstoff, der sich in der Diskussion um Biobanken befindet – und das deutet sich längst klar an –, ist erheblich.

Die Diskussion um neue große Biobanken und der angemeldete Regelungsbedarf werden möglicherweise auch die Üblichkeiten und die etablierte Praxis der Sammlung und Nutzung biologischer Substanzen und personenbezogener Daten der vergangenen und gegenwärtigen medizinischen Forschung in Schwierigkeiten bringen, denn Gebrauch und Missbrauch von Informationen unterscheiden sich nur im Detail und in Bezug auf die Datenmenge.

Verknüpfung biologischer und persönlicher Daten

Die Informationsbrisanz von Biobanken liegt allerdings weniger im genetisch-bio-

logischen Potenzial, sondern vielmehr in der Verknüpfung von biologischen und persönlichen Daten. Diese Verknüpfung ist neu, diskussionsbedürftig und stößt grundsätzliche Überlegungen zu genetischem Wissen und seinem Status an. Denkt man beispielsweise an den Status des genetischen Wissens und seine Bedeutung für Organismus und Gesellschaft im Rahmen des praktischen Umgangs mit Biobanken, so hat die Erörterung dieser Fragen in der gesellschaftlichen Diskussion immer wieder gezeigt, dass der praktische Diskurs dort an seine Grenze stößt, wo theoretische Fragen zum Status des genetischen Wissens bislang ungeklärt geblieben sind. Daraus ist das Desiderat gewachsen, diese neue Form genetischen Wissens, die das Produkt von Sequenzierung und Funktionsanalyse verschiedener Genome ist, auf seine hermeneutischen, naturphilosophischen und wissenschaftsphilosophischen Bedingungen hin zu prüfen.

„Deutung“ des genetischen Codes und Integration ins Selbstbild

So haben jüngste Studien gezeigt, dass ein DNA-Abschnitt, der normalerweise die Synthese eines Eiweißes stoppt, beim Archaeabakterium *Methanosarcina barkeri* etwas völlig anderes bewirkt: die Synthese der ungewöhnlichen Aminosäure Pyrrolysin (Bestandteil eines Verdauungsenzyms). Das heißt, bereits auf der Ebene des Genoms kommt es je nach Kontext zu unterschiedlichen „Deutungen“ des genetischen Codes. Diese „Deutungsmechanismen“ werden immer komplexer, wenn man die funktionellen Konsequenzen auf den Ebenen von Zelle, Organismus und Umwelt verfolgt. Die Funktionsanalyse von Genom und Proteom ist die große Herausforderung der Molekularbiologie der nächsten Jahrzehnte. Mit der Erhebung genetischen Wissens im Rahmen der Funktionsanalyse des menschlichen Genoms geht es aber nicht nur darum, be-

stimmte bislang noch verbliebene Lücken in unserem Wissen und Verstehen zu schließen. Vielmehr kommt den zu erwartenden Ergebnissen eine sehr viel weitere Bedeutung zu, sowohl für die Übersetzung aus der Wissenschaft als auch für die darauf beruhende Integrierbarkeit in das Humanum. Eine Integration in das Selbstbild setzt eine Übersetzung der Deutungsmuster voraus, mit der die wissenschaftlichen Ergebnisse der lebensweltlichen Interpretation überhaupt erst zugänglich gemacht werden. Denn hinter diesem Wissen stehen Handlungsoptionen, für die nur dann verantwortbare Operationalisierungsbedingungen formuliert werden können, wenn der Transfer von genetischem Wissen zwischen Wissenschaft und Lebenswelt ohne szientistische Verkürzungen möglich wird.

Neuverordnung des Humanums

Ob embryonale Stammzellforschung, das Feld der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen oder aber der Bereich der Biobanken, eines wird ganz deutlich: Die Debatte verlangt eine sehr viel stärkere Fundierung ihrer Prinzipien und Grundsätze als bisher. Die öffentliche Diskussion muss Gelegenheit haben, auf fundierte Reflexion in Ethik, Naturphilosophie, Wissenschaftsphilosophie und Rechtsphilosophie zurückgreifen zu können. Darüber hinaus muss ein Anstoß der Bioethik darin liegen, eine neue – nicht selbstverständliche – Brücke zwischen der praktischen und der theoretischen Philosophie zu schlagen. Denn häufig stoßen moral-philosophische Überlegungen im Kontext bioethischer Fragestellungen dort an ihre Grenzen, wo es an einer soliden Reflexion

der theoretischen Grundlagen mangelt. So sind die Wissensformen der Biowissenschaften von ihrem Grundsatz her längst noch nicht hinreichend untersucht. Was die Tradition der Wissenschaftsphilosophie im Blick auf die Physik erreicht hat, ist in Bezug auf die jungen Biowissenschaften vielfach noch offen. Damit steht die neuere bioethische Diskussion an einer Schwelle: Es gilt, die praktischen Aufgaben zu erkennen und gleichzeitig eine Konsolidierung ihrer Grundlagenreflexion herbeizuführen.

Die derzeitige Baisse in der Biopolitik, die auf einen Entscheidungsdruck in anderen Bereichen der Politik zurückzuführen ist, kann zu einer Hause in der Bioethik führen, in der dann nicht mehr die oberflächliche Beschäftigung mit Einzelproblemen im Zentrum steht, sondern die Herausforderung, sich der Neuverortung des Humanums im Rahmen neuer biowissenschaftlicher Erkenntnisse und Anwendungsmöglichkeiten zu stellen. Dies geht im Philosophischen nur durch die Rückführung der Praxis in die Zusammenhänge der theoretischen Reflexion und umgekehrt der Pflicht zur Prüfung der theoretischen Reflexion an der Praxis. Hinzu kommt das unbedingte Desiderat einer noch stärkeren transdisziplinären Verständigung innerhalb der Wissenschaften, die weit über das tagespolitische „Muss“ hinaus geht und das Grundsätzliche und Gemeinsame des Humanums in den Blick nimmt, also das, was unser Streben nach Wissen zu einer anthropologischen Grunddimension erhebt, in der theoretische Neugier, praktische Verfügung und ethische Orientierung miteinander verbunden sind.

Der Kontrast zur Freiheit ist Zwang

„Diese Entgegenseitung, Willensfreiheit und Determinismus, tausendfach wiederholt, ist eine mächtige Suggestion, die man außer Kraft setzen muss, wenn man unser Thema richtig verstehen will. Der Kontrast zum Determinismus ist der Indeterminismus. Und der Kontrast zu Freiheit ist nicht Determinismus, sondern Zwang.“

Peter Bieri am 24. September 2004 in *Der Tagesspiegel*.