ETHICA

WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

Hartmut KREß: **Gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Rechts- und sozialethischer Perspektive**

Christine HAUSKELLER: **Die Stammzellforschung und das ärztliche Selbstverständnis zwischen wissenschaftlicher und ethischer Perspektive**

Giovanni MAIO: **Zur Philosophie der Nutzen-Risiko-Analyse in der ethischen Diskussion um die medizinische Forschung**

Monika BOBBERT: **Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth**

Inhaltsverzeichnis (Gesamtverzeichnis)

Jahresregister 2000

Jahr **8 – 2000 – 4**

Resch

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

ETHICA ist eine interdisziplinäre Quartalschrift für Verantwortung in Wissenschaft, Forschung, Lehre und Verhalten. Sie dient der Eigenart und Entfaltung von Physis, Bios, Psyche und Pneuma.

Herausgeber und Medieninhaber: Prof. Dr. Dr. P. Andreas Resch, Direktor des Instituts für Grenzgebiete der Wissenschaft (IGW)

Schriftleitung: Prof. Dr. Dr. Andreas Resch, Prof. Dr. Josef Römelt, Mag. Priska Kapferer

Ständige Mitarbeiter:

Prof. em. P. Martin Benzerath, Ostwald / F (Bibliographie)
Dr. Alberto Bondolfi, Zürich (Theologische Ethik)
Prof. Dr. Alexius J. Bucher, Eichstätt (Philosophie)
Prof. Dr. Bernhard Claußen, Hamburg (Sozialwissenschaften)
Prof. Dr. Dr. Peter Fonk, Passau (Philosophische und Theologische Ethik)
Prof. Dr.-Ing. Karl Goser, Dortmund (Elektrotechnik)
Prof. Dr. Hans Halter, Luzern (Theologische Ethik)
Prof. Dr. Marianne Heimbach-Steins, Bamberg (Christl. Sozialethik)
Prof. Dr. Adrian Holderegger, Fribourg (Moraltheologie)
Prof. Dr. Peter Inhoffen, Graz (Moraltheologie)
Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang, Dresden (Philosophie, Theologie)
Prof. Dr. Brian Johnstone, Rom (Moraltheologie)
Dr. Dipl.-Phys. Martin Kalinowski, Darmstadt, dzt. Wien (Physik)
Prof. Dr. Frieder Keller, Ulm (Medizin)
Prof. Dr. Peter Koslowski, Hannover (Wirtschaftsethik)
Prof. Dr. Hartmut Kreß, Kiel (Systematische Theologie/Ethik)
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans Lenk, Karlsruhe (Philosophie, Soziologie)
Dr. Walter Lesch, Fribourg (Philosophie, Theologie, Literaturwissenschaft)
Prof. Dr. Dr. h. c. Werner A. Luck, Marburg (Physikalische Chemie)
Univ.Doz. Dr. Jürgen Maaß, Linz (Mathematik)
PD Dr. Reinhard Margreiter, Innsbruck (Philosophie)
Dr. Matthias Maring, Karlsruhe (Volkswirtschaftslehre, Philosophie)
Ass.-Prof. Dr. Gerhard Marschütz, Wien (Moraltheologie)
Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen (Sozialethik)
Prof. Dr. Hans J. Münk, Luzern (Sozialethik)
Prof. Dr. Matthias Rath, Eichstätt (Kommunikation, Medienethik)
Dr. Christoph Rehmann-Sutter, Basel (Biologie, Ökologie, Biomedizin)
Dr. Kurt Remele, Graz (Christliche Sozialethik)
Prof. em. Dr. Dr. P. Andreas Resch, Innsbruck (Psychologie, Paranormologie)
Dr. Klaus P. Rippe, Zürich (Philosophie, Geschichte, Völkerkunde)
Prof. Dr. P. Josef Römelt, Erfurt (Theologische Ethik)
Prof. Dr. Kurt Röttgers, Hagen (Philosophie)
Prof. Dr. Bruno Schmid, Weingarten (Theologie)
Dr. phil. habil. Viola Schubert-Lehnhardt, Halle (Philosophie)
Prof. Dr. Walter Schweidler, Weingarten (Philosophie, Recht, Politikwissenschaften, Theologie)
Prof. Dr. Werner Stegmaier, Greifswald (Philosophie)
Prof. Dr. Rainer Stuhlmann-Laeisz, Bonn (Philosophie)

Fortsetzung: Umschlagseite 3

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

8. Jahrgang 4 – 2000 Innsbruck: Resch

Leitartikel

Hartmut KREß: Gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Rechts- und sozialethischer Perspektive 339

Christine HAUSKELLER: Die Stammzellforschung und das ärztliche Selbstverständnis zwischen wissenschaftlicher und ethischer Perspektive 367

Giovanni MAIO: Zur Philosophie der Nutzen-Risiko-Analyse in der ethischen Diskussion um die medizinische Forschung 385

Monika BOBBERT: Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth 405

ETHICA 2000

Inhaltsverzeichnis (Gesamtverzeichnis) 441

Namen- und Sachregister 444

Aus Platzgründen entfallen in dieser Nummer die Rubriken „Diskussionsforum", „Aus Wissenschaft und Forschung", „Dokumentation", „Nachrichten" sowie „Bücher und Schriften".

Redaktion und Verlag wünschen all ihren Mitarbeitern und Lesern ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr!

ETHICA; 8 (2000) 4, 339 – 365

HARTMUT KREß

GLEICHGESCHLECHTLICHE ORIENTIERUNG UND GLEICHGESCHLECHTLICHE PARTNERSCHAFTEN IN RECHTS- UND SOZIALETHISCHER PERSPEKTIVE

Dr. Hartmut Kreß, geb. 1954 in Hohenlimburg/Westfalen. 1993 – 2000 Prof. für Systematische Theologie/Ethik an der Universität Kiel, seit 2000 an der Evang.-Theol. Fakultät der Universität Bonn. Schwerpunkte: Begründungsfragen der Ethik, medizinische Ethik, Bioethik, Rechtsethik.
Publikationen (Auswahl): *Religiöse Ethik und dialogisches Denken. Das Werk Martin Bubers in der Beziehung zu Georg Simmel* (1985); *Ethische Werte und der Gottesgedanke* (1990); *Theologische Ethik* (1996) (Urban-Tb. 427); *Die Theorie der Gewissensfreiheit bei Moses Mendelssohn*, in: Zeitschrift für Neuere Theologiegeschichte 3 (1996), 60 – 87; *Verantwortungsethik heute* (1997); *Personwürde am Lebensbeginn. Gegenwärtige Problemstellungen im Umgang mit Embryonen*, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 43 (1999), 36 – 53; *Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte – Ethik der Medizin – Nachhaltigkeit* (1999).

1. Strittige Aspekte in der gegenwärtigen rechtspolitischen Diskussion[1]

In Deutschland hat sich die Diskussion über die gesellschaftliche und politische Akzeptanz *gleichgeschlechtlich geprägter Lebensformen* in den letzten Jahren intensiviert. Diese Fragestellung berührt grundlegende Gesichtspunkte von Anthropologie und Ethik, von religiöser und kultureller Tradition. Das Interesse der Öffentlichkeit beruht nicht zuletzt auf den Ankündigungen, die in der Koalitionsvereinbarung der seit 1998 im Amt befindlichen, von SPD und Bündnis 90/Die Grünen getragenen Bundesregierung enthalten waren, und dem im Jahr 2000 auf den Weg gebrachten Gesetzesvorhaben der Regierungsfraktionen, dem „Entwurf eines Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)".

1 Der hier vorliegende Beitrag greift frühere Überlegungen auf und führt sie fort, u. a. das Kapitel „Die Personwürde als Maßstab der Sexualethik – die Diskussion zur Homosexualität". In: H. KREß/W. E. MÜLLER: Verantwortungsethik heute (1997), S. 204 – 221; ebd. auch ausführliche Belegangaben.

In verschiedenen europäischen Ländern – Dänemark, Island, Niederlande, Norwegen, Schweden, Ungarn, Frankreich (dort im Rahmen eines allgemeinen Rechtsinstituts für Lebensgemeinschaften: „pacte civil de solidarité") – sind rechtliche Regelungen für gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften bereits vorhanden; zum Teil ist dies seit geraumer Zeit der Fall (als erstes Land: Dänemark im Jahr 1989). In Deutschland findet die diesbezügliche gesellschaftliche, rechtsethische und rechtspolitische Diskussion mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung statt. Allerdings hatte die Niedersächsische Landesregierung bereits im Jahr 1995 eine Bundesratsinitiative beschlossen, die eine staatliche Eintragung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften auch in Deutschland vorsah. Zuvor hatte das Bundesverfassungsgericht 1993 explizit die Frage aufgeworfen, ob der Gesetzgeber nicht „verpflichtet ist, gleichgeschlechtlichen Partnern eine rechtliche Absicherung ihrer Lebensgemeinschaft zu ermöglichen". Zur Begründung verwies das Verfassungsgericht auf das individuelle Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 I Grundgesetz) in Verbindung mit Art. 1 I und 3 I GG, also dem Schutz der Menschenwürde und der Gleichheit aller vor dem Gesetz. Diese Bezugnahme auf die Menschenwürde, das Persönlichkeitsrecht jeder und jedes Einzelnen sowie den Gleichheitsgrundsatz rückt den hohen, grundrechtlichen Rang der Thematik ins Licht. Auf die Aussagekraft, welche die fundamentale Norm der Menschen- und Personwürde für die Akzeptanz der gleichgeschlechtlichen Orientierung und entsprechender Lebensformen von Menschen besitzen sollte, wird in dem hier vorliegenden Aufsatz an späterer Stelle (s. u. Abschnitt 5) aus ethischer Sicht einzugehen sein.

Das Bundesverfassungsgericht hatte allerdings gleichzeitig festgehalten, eine Ehe im eigentlichen oder engeren Sinn des Wortes sei traditions- und definitionsgemäß nur zwischen Personen verschiedenen Geschlechts vorstellbar. Für das Gericht waren „hinreichende Anhaltspunkte für einen grundlegenden Wandel des Eheverständnisses in dem Sinne, dass der Geschlechtsverschiedenheit keine prägende Bedeutung mehr zukäme, nicht erkennbar".[2] Dieser Sachverhalt ist nicht nur in der deutschen, sondern ganz generell in der neueren rechtspolitischen sowie ethischen Diskussion zentral. Um eine Gleichsetzung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften mit einer Ehe zu vermeiden, hatte die 1995 von der Regierung Niedersachsens beschlossene Bundesratsinitiative darauf verzichtet, für solche Le-

2 Bundesverfassungsgericht: Beschluss vom 04.10.1993, 1 BvR 640/93, in: NJW (1993), S. 3058 f.

bensgemeinschaften den Namen Ehe zu verwenden, und konkret z. B. vorgesehen, dass anders als in einer Ehe gleichgeschlechtliche Partner auf jeden Fall ihren eigenen Namen behalten sollen. Eventuelle Trennungen sollten ohne Gerichtsbeschluss erklärt werden können und auch nicht als Scheidung bezeichnet werden. Ein Adoptionsrecht für Kinder sah die Initiative Niedersachsens ebenfalls nicht vor. Das Schwergewicht lag darauf, eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaften Verbesserungen für das Alltagsleben, etwa im Miet-, Versorgungs- oder Erbrecht, ein Auskunftsrecht im Krankheitsfall u. Ä. zugute kommen zu lassen. Eine staatliche Eintragung einer Partnerschaft soll im Übrigen nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten, etwa wechselseitige Unterhalts- oder Versorgungspflichten mit sich bringen, da Rechten grundsätzlich Pflichten korrespondieren.

Das Anliegen, gleichgeschlechtliche Partnerschaften nicht vorschnell und oberflächlich mit einer Ehe zwischen Frau und Mann zu identifizieren, sondern sie als eigenständige Lebensform und als rechtliche Institution sui generis zu betrachten, wird außerhalb Deutschlands ebenfalls beachtet. Exemplarisch sei auf Norwegen aufmerksam gemacht. Im Zuge der Beratungen über die offizielle „Registrierung" gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften – diese ist in Norwegen seit 1993 gesetzlich möglich – wurde auch dort unterstrichen, solche Partnerschaften seien mit der religiös und kulturell überlieferten Ehe nicht einfach gleichzusetzen. Eine Erklärung des norwegischen Familienministeriums betonte, die Klarstellung, dass begrifflich nicht von einer „Ehe" gesprochen werde, sei dann allerdings auch ausreichend, um den Einwand auszuräumen, durch die Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften würden Ehe und Familie relativiert. Weder in sozialer noch in religiöser Hinsicht sei eine homosexuelle Beziehung das Gleiche wie eine Ehe.[3]

In Deutschland hat erstmals 1999 der Hamburger Senat die Möglichkeit eröffnet, gleichgeschlechtliche Partnerschaften staatlich eintragen zu lassen. Aufgrund der begrenzten Regelungskompetenz eines einzelnen Bundeslandes konnte es sich freilich nur um eine symbolische Anerkennung

3 The Ministry of Children and Family Affairs: The Norwegian Act on Registered Partnerships for Homosexual Couples, Oslo (April 1993), S. 10: „The concern has been expressed that to give gay and lesbian couples the right to register their relationship and have it regulated by law will weaken the institution of marriage and increase family dissolution. The Ministry cannot see that this fear has any foundation." – Ebd., S. 12: „The opportunity for homosexuals to register their partnerships will not lead to more people opting for homosexual relationships rather than marriage."

handeln, die keine weitere rechtliche Folgewirkung besitzt. Der Gesetzentwurf der beiden Regierungsfraktionen des Bundestags aus dem Jahr 2000 geht nun sehr viel weiter. Er nennt als Zielsetzung: „Die Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Paare soll abgebaut werden. Gleichgeschlechtlichen Paaren soll die Möglichkeit eingeräumt werden, ihrer Partnerschaft einen rechtlichen Rahmen zu geben", und enthält zahlreiche Bestimmungen, die das Beamtenrecht, gegenseitige Fürsorge- und Unterhaltspflichten, das Verfahren bei einer einvernehmlichen oder nicht-einvernehmlichen Trennung, Erbschaft, Mitversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Nachzug bei binationalen Partnerschaften, das Zeugnisverweigerungsrecht oder auch die Zustimmung zur Organentnahme bei einem verstorbenen Lebenspartner u. a. betreffen. Eine Differenz zwischen Ehe und gleichgeschlechtlicher Partnerschaft gelangt dadurch zum Ausdruck, dass der Gesetzentwurf steuerlich kein Ehegattensplitting (statt dessen: Realsplitting) vorsieht. Andererseits beinhaltet das Gesetz eine erhebliche Annäherung zwischen Ehe und gleichgeschlechtlicher Partnerschaft. Denn die Erklärung von zwei Menschen, eine Partnerschaft eingehen zu wollen, soll vor dem Standesamt erfolgen. Die beiden Partnerinnen oder Partner sollen, ebenso wie bei einer Ehe, einen gemeinsamen Namen wählen können: „Die Lebenspartner können einen gemeinsamen Namen (Lebenspartnerschaftsnamen) bestimmen." Nach einer Trennung behält jeder Lebenspartner den gemeinsamen Namen, sofern er nicht Anderes erklärt (Entwurf des LPartG § 3 [1], [3]).

Zahlreiche Stimmen kritisieren den Gesetzentwurf. Die Vorbehalte entzündeten sich wesentlich daran, dass der besondere, verfassungsrechtlich geschützte Rang der Ehe (GG Art. 6) eingeebnet werde. Ein Kommentar in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung nannte es ein „ungeheuerliche(s) Vorhaben, schwule und lesbische Paare mit Ehepaaren rechtlich zu neunundneunzig Prozent gleichzustellen" (FAZ, 08.07.00, 1). Der Gesetzentwurf verkenne, dass sich „nicht die Verfassung, sondern lediglich der ‚Zeitgeist' und quantitative Verhaltensmuster" verändert hätten (so der Rechtstheoretiker Bernd Rüthers in der FAZ, 18.05.2000, 15). Der Bremer Finanzsenator Perschau (CDU) sprach von einem „Angriff auf die Ehe als Keimzelle jeder menschlichen Gesellschaft und Bruch mit der deutschen und europäischen Rechtstradition" (zit. nach FAZ, 22.07.2000, 1). Vertreter der Bundesregierung und der Regierungsfraktionen entgegneten, die Verfassung gebiete indessen keine Exklusivrechte, die ausschließlich und nur für Ehepartner Geltung besäßen; die herausragende, verfassungsrechtlich geschützte Stellung der Ehe werde durch den Ge-

setzentwurf nicht gemindert, da der Gesetzentwurf zwar an einigen Stellen zur Ehe parallele Regelungen vorsehe, an anderen aber die Unterschiede wahre. Im Übrigen wurde von Regierungsseite im August 2000 geäußert, eventuell werde man das Gesetz in zwei Teile aufgliedern, nämlich in einen Teil, der keiner Zustimmung des Bundesrates bedarf (Einführung der behördlich eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft), und in einen Teil mit Regelungen, die der Zustimmung der Bundesländer bedürfen (bezüglich Steuerrecht, öffentlichem Dienstrecht, Sozialrecht). Zu Letzterem müsse man dann Mehrheiten und Kompromisse suchen.

Hier soll auf die aktuelle Auseinandersetzung, die in Deutschland zum Lebenspartnerschaftsgesetz derzeit stattfindet, nicht im Einzelnen eingegangen werden. Vielmehr sind auf grundsätzlicher Ebene Normen und Argumente der Ethik zu beleuchten, die für den Umgang von Kultur, Rechtsordnung und Gesellschaft mit der gleichgeschlechtlichen Orientierung von Menschen und gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften relevant sind.

2. Gesichtspunkte der Ethik- und Theologiegeschichte und ihre heutige Aussagekraft

a) Grundlinien der geistesgeschichtlichen Entwicklung

Im 20. Jahrhundert hat sich für die gleichgeschlechtliche Orientierung von Menschen die Bezeichnung *Homosexualität* eingebürgert. Inzwischen tritt dieser Begriff, der erstmals 1869 verwendet wurde, zurück. Dies ist sinnvoll, weil er dem Missverständnis Vorschub leisten könnte, für gleichgeschlechtlich orientierte Menschen besäße die sexuell-triebhafte Komponente eine höhere Wertigkeit als für heterosexuell lebende. Als solches ist gleichgeschlechtliches Verhalten seit alters quer durch die Kulturen bekannt; es wurde in verschiedenen Religionen, etwa synkretistischen Religionen in Südostasien oder dem Buddhismus, akzeptiert oder indifferent betrachtet. In der griechisch-römischen Antike wurde gleichgeschlechtliches Verhalten immer wieder unbefangen geduldet, ja sogar befürwortet. Jedoch sind zugleich kulturgeschichtliche Besonderheiten zu beobachten. Im Rom der Kaiserzeit „wurde nicht nach Geschlechtern – Liebe zu Frauen oder Liebe zu jungen Männern – klassifiziert, sondern nach Aktivität oder Passivität: Aktiv sein hieß Mann sein, gleichgültig, welches Geschlecht der als passiv angesehene Partner besaß ... Eine unvorstellbare

Verachtung traf also den männlichen freien Erwachsenen, der passiv homophil war".[4] Die Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Verhaltensweisen war teilweise also mit anderweitigen, patriarchal-männlichen Motiven und den Hierarchien einer Sklavenhaltergesellschaft verknüpft.

Für die christlich-abendländische Tradition waren die moralische Ablehnung als Sünde und Ketzerei sowie die Strafbarkeit charakteristisch. Die *Constitutio Criminalis Carolina* von 1532 sah für männliches oder weibliches gleichgeschlechtliches Verhalten die Verbrennungsstrafe vor. Eine solche Kriminalisierung wirkte bis weit in das 20. Jahrhundert hinein. In Deutschland ist § 175 StGB (Strafbarkeit männlicher Homosexualität) nach Abmilderungen in den Jahren 1969 und 1973 erst 1994 abgeschafft und durch eine allgemeine Schutzvorschrift für Jugendliche vor sexuellem Mißbrauch (§ 182 StGB) ersetzt worden. Die sexualwissenschaftlichen, psychologischen und medizinischen Reflexionen, die schließlich zur Revision der herkömmlichen abendländischen Anschauungen geführt haben, setzten im wesentlichen im 19. Jahrhundert ein. Zunächst fand jedoch sogar noch im 19. und 20. Jahrhundert lediglich eine Medikalisierung der überlieferten Anschauungen statt: Die religiöse Verurteilung als Sünde wurde in medizinisch-pathologische Kategorien transformiert, so dass Homosexualität als Krankheit galt. Die Gesellschaft amerikanischer Psychiater (American Psychiatric Association) hat die Krankheitsdeutung 1973, die Weltgesundheitsorganisation erst 1992 aufgegeben.

Die abschätzige Sichtweise der abendländischen kulturellen Tradition lässt sich vor allem auf zwei Hintergründe zurückführen, auf biblische und auf naturrechtliche Motive.

b) Biblische Motive

Einige wenige Bibelverse verurteilen gleichgeschlechtliches Verhalten. Im Alten Testament untersagten zwei Stellen im Heiligkeitsgesetz (Lev 17-26), nämlich Lev 18,22 und 20,13, gleichgeschlechtliche Handlungen und drohten mit der Todesstrafe. Die Sexual-, Speise-, Opfer- und Reinheitsvorschriften des Heiligkeitsgesetzes dienten der Abgrenzung Israels von Fremdkulten bei Nachbarvölkern, insbesondere von Fruchtbarkeits- und Sexualkulten mit sexuellen Riten und Ausschweifungen. Die Ablehnung männlichen gleichgeschlechtlichen Verhaltens im Alten und Neuen Testament – weibliches ist allenfalls in Röm 1,26 mit im Blick – war im Übrigen durch das Tabu der Samenvergeudung bedingt, da Sexualität und

4 P. VEYNE: Homosexualität im antiken Rom (1984), S. 43 f.

Sperma der Fortpflanzung dienten. Den neutestamentlichen Belegstellen (besonders Röm 1,26 f, 1. Kor 6,9) liegt ebenfalls an der religiös-moralischen Abgrenzung von der damaligen heidnischen Umwelt, in der hetero- und homosexuelles Verhalten von Männern nebeneinander praktiziert wurde und kultische Sexualpraktiken einschließlich kultischer Prostitution üblich waren. PAULUS erwähnte in Röm 1,26ff eine Vielzahl heidnischer Laster – Mord, Schlechtigkeit, Bosheit, Neid, Verleumdung und eben auch gleichgeschlechtliches Handeln –, angesichts derer die Christen ihre moralische Integrität wahren sollten.

Hermeneutisch kann es indes nicht überzeugen, aus solchen vereinzelten biblischen Aussagen formal-deduktiv starre, überzeitlich geltende moralische Verbote entnehmen und aus ihnen eine universale Moraltheorie zur Sexuallehre ableiten zu wollen (ebenso wenig wie sich z. B. aus dem in Röm 13 enthaltenen Rat, der Obrigkeit gehorsam zu sein, eine übersituative Staatstheorie entwickeln lässt). Zudem ist die ursprüngliche Intention dieser Bibelverse, nämlich die Abgrenzung von der altorientalischen oder hellenistisch-heidnischen Umwelt mit ihren kultischen Sexualpraktiken, zu beachten. Vor allem war, was den theoretisch-anthropologischen Begründungshorizont ethischer Urteilsfindung anbelangt, damals die heutige natur- und sozialwissenschaftlich fundierte Einsicht in den Sachverhalt einer gleichgeschlechtlichen Orientierung als tief verankertes Persönlichkeitsmerkmal von Menschen überhaupt noch nicht bewusst. Übrigens findet sich in biblischen Texten eine Verwerfung gleichgeschlechtlicher Beziehungen keineswegs einlinig (vgl. etwa die unbefangene und unbelastete Schilderung einer homoerotischen Zuwendung zwischen David und Jonathan in 1. Sam 18,1-4, 2. Sam 1,26).

c) Naturrechtliche Motive

Maßgebend für die abendländische Sicht wurden, neben den soeben erwähnten singulären Bibelstellen, außerchristlich rezipierte *naturrechtliche Vorbehalte*. Die Antike – etwa PLATO oder die Stoa mit ihrem Leitbild des secundum naturam vivere – kannte den Einwand, gleichgeschlechtliches Handeln widerspreche der Natur; es sei contra naturam. Dieses naturrechtliche Argument klingt in Röm 1,26 an und wurde später, z. B. bei THOMAS VON AQUIN, verschärft und systematisch ausgeweitet. Gleichgeschlechtliches Handeln verfehle das natürliche Ziel der Sexualität, die Fortpflanzung, und verstoße gegen die natürliche Ordnung des Geschlechtsverkehrs. Aufgrund dessen bezeichnet das katholische Lehramt

gleichgeschlechtliche Beziehungen bis zur Gegenwart als „schwere Verirrungen", die in sich schlecht (intrinsece malum) seien und „der objektiven sittlichen Ordnung" widerstritten.

Der Sache nach besitzt der Einwand des contra naturam in heutiger Perspektive indes keine Überzeugungskraft mehr. Behauptungen über das der Natur Gemäße – etwa dass die Frau der Natur gemäß langes Haar zu tragen habe (1. Kor 11,14 f) – waren oftmals zeitbedingt. Methodisch greift es zu kurz, das normativ Gute aus Deutungen von Sein und Natur gewinnen zu wollen (Problem des naturalistischen Fehlschlusses). Ohnehin lässt sich ganz grundsätzlich das Verständnis von Sexualität, das sich mit dem „contra naturam" verband, heute nicht mehr aufrecht erhalten. Die natürliche Funktion der Sexualität allein auf die Fortpflanzung hin zu definieren, stellt eine Reduktion dar. Diese Sicht war im Übrigen gar nicht genuin jüdisch-christlich, sondern wurzelte in der außerchristlichen Antike. So kannte SENECA den Grundsatz „nichts um der Lust willen tun"; die Geschlechtslust sei nicht zum Vergnügen, sondern nur zur Fortpflanzung gegeben. Im Unterschied zu der Eingrenzung, die, damaliger naturrechtlicher Logik folgend, lediglich Zeugung und Fortpflanzung als „natürliches" Ziel von Sexualität erachtete, deuten heutige Anthropologie und Ethik Sexualität umfassender und in vielschichtigeren human-personalen Kategorien. Sexualität dient auch der Erfahrung von Glück und gelingender zwischenmenschlicher Begegnung und ist Ausdruck personaler mitmenschlicher Bindung.

Manche kirchliche oder theologische Voten halten jedoch bis heute an einer formalistischen, aus Einzelsätzen der Bibel deduzierten, abschätzigen Sicht gleichgeschlechtlichen Verhaltens oder an einem – wie zu betonen ist – enggeführten Naturrecht fest und warnen vor „Anpassung an den Zeitgeist"[5]. Auf der anderen Seite bemühen sich die Kirchen seit 10 bis 20 Jahren darum, an der eigenen moralischen Tradition Korrekturen vorzunehmen und Vorurteile zu revidieren.

3. Heutige kirchliche Stellungnahmen – Neuansätze und Grenzen

In jüngeren evangelischen und katholischen Äußerungen wirken tradierte Sichtweisen direkt oder indirekt durchaus nach. Zum Teil werden ältere Vorbehalte zwar verlassen, in anderer Zuspitzung aber reformuliert. Der

5 W. PANNENBERG: Angst um die Kirche (1993), S. 712.

frühere Einwand, gleichgeschlechtliches Verhalten sei contra naturam, widerspreche der sittlichen Ordnung oder sei Ausdruck von Sünde, wird jetzt oftmals dahin verlagert, eine Anerkennung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften drohe das christliche bzw. das staatlich-rechtliche und kulturelle Leitbild der Ehe zu beeinträchtigen. Gleichwohl: Insgesamt findet sich in kirchlichen Stellungnahmen ein bemerkenswerter humaner Wandel zugunsten von gleichgeschlechtlich orientierten Menschen. Die Tendenzen der Neubewertung lassen sich wie folgt umschreiben:

a) Das Anliegen der Nichtdiskriminierung

Zahlreiche kirchliche Stellungnahmen rufen nachdrücklich zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlich veranlagter Menschen auf. Dies gilt für Äußerungen der evangelischen und der katholischen Kirche gleicherweise.[6]

b) Duldung gleichgeschlechtlicher Lebensweise

Kirchliche Voten forderten gleichgeschlechtlich orientierte Menschen früher dazu auf, keusch und sexualasketisch zu leben. Evangelische Äußerungen haben diese Position seit den neunziger Jahren verlassen.[7]

c) Toleranz gegenüber gleichgeschlechtlichen Partnerschaften

Zumindest auf evangelischer Seite – u. a. im Rheinland, in Nordelbien, dem Bund evangelisch-reformierter Kirchen Deutschlands oder der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) – zeichnet sich immer stärker ab, gleichgeschlechtliche Partnerschaften zu tolerieren, und zwar mit der Begründung, dass sich solche Partnerbeziehungen vom Liebesgebot her gestalten lassen und in ihnen mitmenschliches Vertrauen zum Ausdruck gebracht werden kann. Die EKD schränkt allerdings ein, diese Akzeptanz gelte grundsätzlich nicht für das Pfarrhaus.[8]

6 Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993) Nr. 2358; Mit Spannungen leben – Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema „Homosexualität und Kirche" (1996), EKD-Texte 57, S. 39.

7 Vgl. z. B. Mit Spannungen leben, S. 25, 34 f.

8 Vgl. ebd., S. 47 f.

d) Der Gedanke der kirchlichen Segnung

Darüber hinaus wurde in Deutschland in der evangelischen Kirche für Partnerinnen oder Partner, die eine gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaft eingehen wollen, die Möglichkeit einer *gottesdienstlichen Segnung* erwogen. In der Nordelbischen oder der Rheinischen Kirche fand hierzu eine lebhafte Debatte statt (zuletzt auf der rheinischen Landessynode im Januar 1999). Indes hat sich ein solcher Gedanke bislang nicht durchgesetzt; eine kirchenrechtliche Absicherung ist nicht erfolgt oder blieb – in der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche – überaus vage.[9] In skandinavischen Kirchen sind Segnungen hingegen zulässig.[10] Die Einwände, die gegen Segenshandlungen an gleichgeschlechtlichen Partnern erhoben werden, konzentrieren sich darauf, hierdurch könne das Leitbild der Ehe oder der Sinn der kirchlichen Trauung undeutlich werden. Eine Segnung sei allenfalls „in der Seelsorge und der damit gegebenen Intimität" vorstellbar.[11]

Dieses Votum, Segnungen zwar im Prinzip, aber nicht öffentlich im Gottesdienst zuzulassen, leidet freilich daran, dass es das kirchlichen Segnen abstuft und gradualisiert. Es wird gleichgeschlechtlich orientierten Menschen, die eine Segnung in offener und sichtbarer, für andere mitvollziehbarer Form wünschen, nicht gerecht und steht im Kontrast zur reformatorischen Theologie. Denn der Reformation lag daran, der im Mittelalter praktizierten Abtrennung von Segnungen und Benediktionen vom Gottesdienst bewusst entgegenzuwirken und den Gottesdienst mit der Lebenswirklichkeit zu verbinden. Die Zusammengehörigkeit von Gottesdienst und Alltag sowie der konkret lebensbezogene Sinn gottesdienstlicher Segenshandlungen waren für die evangelische Theologie an sich stets von hohem Belang.

e) Distanznahme vom Einwand der Sünde

Von dem früheren Einwand, Homosexualität stelle Sünde dar, nimmt die evangelische Theologie und Kirche inzwischen Abstand, obgleich er noch überaus lange aufrecht erhalten worden ist. Noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nannte der Vordenker evangelischer Dogmatik, Karl

9 Zu Nordelbien vgl. R. BRANDT: Die Ehe als Leitbild christlicher Orientierung (1998).

10 Vgl. S. KEIL: Zur rechtlichen Anerkennung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften (2000), S. 214 f.

11 Mit Spannungen leben, S. 54.

BARTH, Homosexualität „diejenige – physische, psychische, soziale – Krankheit, die Erscheinung der Perversion, der Dekadenz, des Zerfalls, die da eintreten kann, wo der Mensch die Geltung des göttlichen Gebotes ... nicht wahrhaben will".[12] Solche theologischen (Vor-)Urteile werden heute durchweg überwunden. Neuere kirchliche Äußerungen erkennen an, dass bei zahlreichen Menschen eine gleichgeschlechtliche Prägung oder Veranlagung vorhanden ist, die willentlich nicht verändert und als Schuld oder Sünde daher nicht zugerechnet werden kann. Zwar finden sich nach wie vor uneindeutige Formulierungen. Die Erklärung der EKD „Mit Spannungen leben" akzeptierte im Jahr 1996 gleichgeschlechtliche Partnerschaften und verließ die frühere Position, gleichgeschlechtlich orientierte Menschen sollten sexualasketisch leben. Unter Zugrundelegung der oben erwähnten vereinzelten Bibelstellen, die gleichgeschlechtliches Handeln ablehnen, betonte die Erklärung der EKD aber auch, dass „homosexuelle Praxis dem Willen Gottes widerspricht" bzw. im Gegensatz zum „ursprünglichen Schöpferwillen Gottes" stehe.[13]

Nun ist – wie schon gesagt – für die Bewertung von gleichgeschlechtlicher Orientierung ein historisch-kritisch, methodisch und hermeneutisch reflektierter Umgang mit den betreffenden Bibelstellen vonnöten. Zudem ist es theologisch sowie erkenntnistheoretisch sehr bedenklich, ethisch-normative Urteile unvermittelt, direkt auf den Willen Gottes zurückzuführen. Welche Schwierigkeiten theologisch-ethischer Urteilsbildung aus einer zu direkten Berufung auf den Schöpferwillen Gottes resultieren können, zeigt sich in krasser Form an den Verstrickungen, in die im 20. Jahrhundert die lutherische Schöpfungsordnungstheologie – besonders mit ihrer Überlegitimierung staatlicher „Obrigkeit" vom Willen Gottes her – geraten ist.

Ungeachtet einzelner Schwankungen, so wie sie durch die zuletzt wiedergegebenen Zitate angedeutet worden sind, ist die Abkehr von der traditionellen sündentheologischen Deutung von Homosexualität in evangelischen Voten jedoch unverkennbar. Sogar die katholische Amtskirche bewertete eine homosexuelle Neigung nicht mehr als „in sich sündhaft"[14] (auch wenn die katholische Kirche andererseits gleichgeschlechtliche Praxis nach wie vor als moralisch nicht annehmbar betrachtet und, im Unter-

12 K. BARTH: Kirchliche Dogmatik III/4 (1951), S. 184.

13 Mit Spannungen leben, S. 20, 21.

14 Schreiben der Kongregation für die Glaubenslehre an die Bischöfe der katholischen Kirche über die Seelsorge für homosexuelle Personen, 30. Okt. 1986, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 72, Nr. 3.

schied zur darin toleranteren evangelischen Kirche, von gleichgeschlechtlich orientierten Menschen sexuelle Askese verlangt).

f) Das Leitbild der Ehe als kirchlicher und außerkirchlicher Vorbehalt

In der Debatte über den Entwurf eines Lebenspartnerschaftsgesetzes, die in Deutschland zur Zeit geführt wird, wenden kirchliche Stellungnahmen ein, eine behördliche, sozialpolitische, versicherungs- oder steuerrechtliche Stützung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften könne zur Aushöhlung und Relativierung des Leitbildes der Ehe führen. Zwar befürwortet die Evangelische Kirche in Deutschland seit einigen Jahren eigentlich die Stabilisierung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften. Angesichts des jetzigen Gesetzentwurfes schränkte sie jedoch ein: „Die Einrichtung eines neuen familienrechtlichen Instituts weckt Bedenken, ob dabei nicht eine Verwechselbarkeit mit der Ehe entsteht". Der „Abstand" zur Ehe müsse gewahrt bleiben.[15]

An dieser Stelle bleibe dahingestellt, dass der Gesetzentwurf in der Tat Überregulierungen vornimmt (z. B. bei den Bestimmungen, welche die Auflösung von Partnerschaften betreffen, oder bei den im Gefolge des Gesetzes angestrebten Änderungen anderer Einzelgesetze, die bis zum Bundesreisekostengesetz und der Sonderurlaubsverordnung u. v. a. reichen) und in konkreten Punkten anders ausgestaltet werden sollte. In grundsätzlicher Hinsicht sei jedoch angemerkt, dass der oft – innerhalb wie auch außerhalb der Kirchen – erhobene Einwand, die Tolerierung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften beeinträchtige das christliche oder kulturelle Leitbild der Ehe, entkräftet werden kann.

Die rechtliche Institution einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaft wird dem Gesetzentwurf zufolge ohnehin nicht den Namen „Ehe" erhalten. Auch andere Staaten, in denen Rechtsregelungen bereits vorhanden sind, haben der Klarheit halber den Begriff Ehe stets vermieden. Realistischerweise ist gar nicht anzunehmen, dass gleichgeschlechtlich orientierte Menschen in überaus hohem Maß die Rechtsform einer gleichgeschlechtlichen Gemeinschaft, die der bürgerlichen Ehe annähernd vergleichbar wäre, für sich in Anspruch nehmen würden. Eine Studie über die Lebensstile gleichgeschlechtlicher Paare hat fünf Lebensmuster unterschieden: „enge Partnerschaften"; „offene Partnerschaften" (d. h. ei-

15 Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.): Verlässlichkeit und Verantwortung stärken. Eine Stellungnahme des Kirchenamtes der EKD zur Verbesserung des Rechtsschutzes für gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften und zur besonderen Bedeutung und Stellung der Ehe (2000), S. 7.

ne stabile Partnerschaft, die aber andere Beziehungen zulässt); „funktionale Partnerschaften" (die sexuell nach außen völlig offen sind); „dysfunktionale Partnerschaften" (in denen aufgrund sexueller Probleme eine stabile Partnerschaft nicht aufrecht erhalten werden kann); „asexuelle Partnerschaften". Nur das zuerst genannte Lebensmuster der engen Partnerschaften komme der bürgerlichen Ehe relativ nahe.[16] Die Erfahrungen in anderen Ländern, z. B. in Dänemark, belegen nochmals zusätzlich, dass das Rechtsinstitut der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaft keineswegs so stark genutzt werden würde, dass dem Leitbild der Ehe quantitativ Abbruch getan würde. Nach Inkrafttreten des Gesetzes haben in Dänemark innerhalb von zwei Jahren ca. 1000 gleichgeschlechtliche Paare von der neuen Möglichkeit Gebrauch gemacht. Nach acht Jahren waren es 2200 Partnerschaften (zwei Drittel davon Partnerschaften unter Männern, ein Drittel unter Frauen). In Norwegen gab es ca. 520 gleichgeschlechtliche Paare nach vierjähriger Geltung des Gesetzes, in Schweden 620 Paare nach sechsjähriger Geltung. Es handelt sich also um eine sehr begrenzte Größenordnung. Im Vergleich zu der Ehe, die Mann und Frau eingehen, werden gleichgeschlechtliche Partnerschaften zudem eine Lebensform sui generis bleiben, die von ihren eigenen Bedingungen geprägt ist. Eine Rechtsregelung, die gleichgeschlechtliche Partnerschaften zulässt, soll einer Gruppe von Menschen zugute kommen, welche die Ehe von Frau und Mann, d. h. die bürgerliche Ehe und kirchliche Trauung im üblichen Sinn, gar nicht in Anspruch nehmen möchten. Auch aus diesem Grund sind Befürchtungen, die Ehe werde relativiert, nicht plausibel. Sofern manche Äußerungen die Ehe gegen ein Gesetz über gleichgeschlechtliche Partnerschaften überhaupt ausspielen, repräsentieren sie einen Normativismus, der im Rahmen einer sachgemäß differenzierenden normativ-ethischen Reflexion nicht tragfähig ist.

Im Übrigen, in nochmals anderer Form bedacht: Die kulturelle Bedeutung der Ehe und die Ausstrahlungskraft der ehelichen Lebensform erfahren eigentlich sogar eine Bestätigung und werden zusätzlich belegt, wenn in der Gegenwart zumindest eine gewisse Anzahl gleichgeschlechtlich orientierter Menschen das Ethos partnerschaftlicher Verbundenheit und Verpflichtung, das sich mit der Ehe verbindet, bewusst aufgreifen und in ihrem eigenen, anders gelagerten Lebensalltag verwirklichen möchten.

16 Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften und kindliche Entwicklung (2000), S. 377, unter Bezug auf A. P. BELL/M. S. WEINBERG: Homosexualities (1978). Siehe auch M. DANNECKER: Homosexuelle Männer und AIDS (1990), S. 114 – 125.

Dieser Gedanke spricht ebenfalls gegen die inner- und außerkirchlich geäußerte Sorge, der Ehe werde geschadet.

g) Fazit

So schroff die innerkirchlichen Kontroversen zur Frage gleichgeschlechtlicher Partnerschaften zum Teil sind – es ist festzuhalten, dass sich die Kirchen seit ein bis zwei Jahrzehnten an dem Bemühen, Benachteiligungen gleichgeschlechtlich orientierter Menschen abzubauen, insgesamt aktiv beteiligen. Dies ist deswegen bedeutsam, weil auch die säkularisierte Gesellschaft den Kirchen eine hohe moralische Kompetenz zuerkennt und sich auf Kirchen die Erwartung sozialethischer Entscheidungshilfe richtet. Ganz besonderes Gewicht für die kulturelle Bewusstseinsbildung sowie für die Alltagsrealität besitzen darüber hinaus jedoch die rechtsgeschichtliche Entwicklung und die Entscheidungen, die die Rechtspolitik bzw. der Gesetzgeber konkret zu treffen haben.

4. Tendenzen der Rechtsgeschichte und Rechtsordnung: Entdiskriminierung und Minderheitenschutz

In der Neuzeit fand – wenngleich in einer langwierigen, Jahrhunderte währenden Entwicklung – eine Entpönalisierung und Entkriminalisierung gleichgeschlechtlichen Verhaltens statt. Noch im 16. Jahrhundert und danach wurde Homosexualität mit der Todesstrafe geahndet. Neue Akzente setzten die französische Aufklärung und die französische Revolution, so dass 1791 im französischen Code pénal[17], danach in romanischen Ländern oder 1813 in Bayern von einer Bestrafung ganz abgesehen wurde. Das Strafgesetzbuch des 1871 gegründeten Deutschen Reiches folgte den wenig liberalen Regelungen Preußens, durch die auch die in Bayern geübte Toleranz wieder verdrängt wurde, und bedrohte widernatürliche Unzucht unter Männern mit Freiheitsstrafe (§ 175 StGB; endgültig aufgehoben im Jahr 1994). Noch zwischen 1950 und 1965 sollen in der Bundesrepublik Deutschland 100.000 Verfahren wegen Homosexualität angestrengt und 44231 Männer verurteilt worden sein.[18] Von den Nationalso-

17 Vgl. A. TAEGER: Intime Machtverhältnisse (1999), S. 44.

18 Vgl. S. zur NIEDEN: „... als ‚Opfer des Faschismus nicht tragbar.'" (1999), S. 103, Anm. 41.

zialisten verfolgte Homosexuelle hatten im Nachkriegsdeutschland über Jahrzehnte hinweg keinen Anspruch auf Entschädigung.[19]

Insgesamt hat die Rechtsordnung in der Neuzeit und vor allem in den letzten Jahrzehnten tradierte Diskriminierungen gleichgeschlechtlich geneigter Menschen und frühere Kriminalisierungen jedoch zunehmend beendet. Vor allem außerhalb Deutschlands wies und weist die rechtsgeschichtliche Entwicklung in diese Richtung. Insofern wäre es begründungspflichtig und rechtfertigungsbedürftig, sollte der deutsche Gesetzgeber sich bei der derzeitigen Debatte über das Lebenspartnerschaftsgesetz dieser rechtsgeschichtlichen Entwicklungslogik entziehen und Rechtsreformen vollständig ablehnen. Seit den achtziger und neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts konzentrieren sich die juristischen Bemühungen darauf, dauerhafte gleichgeschlechtliche Partnerschaften als eigenständige Lebensform rechtlich zu schützen. In Europa und über Europa hinaus werden unterschiedliche Optionen einer Rechtsreform erwogen: a) die eher symbolische Anerkennung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften ohne reale Rechtsfolgen für die beiden Partnerinnen oder Partner, b) punktuelle tatsächliche Rechtsverbesserungen, z. B. ein Auskunftsrecht für die Partnerin oder den Partner im Krankheitsfall oder Nachzugsrechte für einen ausländischen Lebenspartner, c) die Institutionalisierung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften in relativer, mehr oder weniger deutlicher Analogie zur bürgerlichen Ehe.

Begründet werden solche Rechtsreformen mit der Abkehr von Diskriminierungen. Eine Reihe von Ländern hat dem Verbot, Menschen aufgrund ihrer sexuellen Ausrichtung zu diskriminieren, sogar Verfassungsrang verliehen. Dies gilt in Deutschland für die Landesverfassung von Brandenburg aus dem Jahr 1992 (Art. 12 [2]) oder z. B. für Südafrika, dessen Verfassung von 1996 die dortige frühere Rassendiskriminierung umfassend aufarbeitete und in Art. 9 (3) aus dem Gleichheitsgrundsatz die Konsequenz zog, niemand dürfe aufgrund seiner Herkunft, Rasse, Religion, seines Geschlechtes, seiner sexuellen Orientierung oder anderer Faktoren direkt oder indirekt ungerecht benachteiligt werden. Die Europäische Union legte 1997 in Artikel 13 des Vertrages von Amsterdam fest, Diskriminierungen von Menschen aufgrund ihrer sexuellen Ausrichtung zu bekämpfen.[20]

19 Vgl. dies. ebd., S. 101.

20 Ähnlich z. B. ebenfalls Kanada; vgl. A. BUNTING: Universalismus von rechts, links und queer (1999), S. 244 ff. – Der Text von Art. 9(3) der Verfassung Südafrikas lautet:

Indem die Rechtsordnung sich verstärkt auf die Nichtdiskriminierung von Menschen verpflichtet, greift sie einen menschenrechtlichen, grundlegend ethischen Impuls auf. Wie kann nun aber die Ethik selbst zu einem gewandelten, die moralische Tradition korrigierenden Verständnis gleichgeschlechtlicher Orientierung und Lebensform gelangen?

5. Die Achtung der individuellen Personwürde und der Persönlichkeitsrechte als Argument der Ethik

Der Zugang der *Ethik* sollte nicht nur rückwärtsgewandt, in Form des Eingeständnisses vergangenen Irrtums, bzw. negativ, als bloße Abgrenzung von früheren Vorstellungen, erfolgen. Es reicht auch nicht aus, lediglich aufzuweisen (so wichtig dieser Aufweis an sich auch ist; s. o. Abschnitt 2), dass und warum die Berufung auf isolierte Bibelverse oder auf bestimmte, enggeführte naturrechtliche Positionen nicht mehr plausibel ist. Vielmehr ist es geboten, in positiver Form eine konstruktive, tragfähige Begründung für die Gleichstellung und Akzeptanz gleichgeschlechtlich orientierter Menschen ins Licht zu rücken. Zu diesem Zweck sind die fundamentale ethische Norm der Personwürde bzw. die individuellen Persönlichkeitsrechte in Anspruch zu nehmen.

a) Begründung und Reichweite des Begriffs Personwürde

Für die neuzeitliche Ethik sind die Würde der Einzelperson, der Schutz jedes Einzelnen und die Achtung vor der individuellen Freiheit und Eigenverantwortlichkeit unhintergehbar geworden.[21] I. KANT brachte zur Geltung, dass die Personwürde allen Menschen gleicherweise zukommt, da menschliches Sein Träger und Subjekt von Vernunft, Freiheit und Verantwortung ist. Aufgrund seiner Personwürde ist das Menschsein jeder Verrechenbarkeit oder gradualisierenden Bewertung entzogen. Diesen Gedanken antizipierend, hatte schon die hebräische Bibel einem jeden Einzelnen einen unverfügbaren, ohne Vorbedingung geltenden Eigenwert zugesprochen, indem sie ihm das Attribut der Gottebenbildlichkeit zuerkannte. Religionsgeschichtlich ist bemerkenswert, dass sonstige altorientalische oder

„The state may not unfairly discriminate directly or indirectly against anyone on one or more grounds, including race, gender, sex, pregnancy, marital status, ethnic or social origin, colour, sexual orientation, age, disability, religion, conscience, belief, culture, language and birth".

21 Ausführlicher zum Folgenden: H. KREß: Verantwortungsethik heute (1997), S. 152 – 165.

hellenistische Belege die Bezeichnung „Gottes Ebenbild" nur herausgehobenen Menschen, etwa dem Pharao oder einem König oder Heroen zugestanden. In Gen 1, 27 f wurde das Würdeprädikat der Gottebenbildlichkeit jedoch ausgeweitet, demokratisiert und universalisiert, so dass es nicht mehr von bestimmten Eigenschaften, vom sozialen Stand, vom Geschlecht – Mann oder Frau – oder von sonstigen endlichen Bedingungen abhing. KANT hat dieses Anliegen im Horizont neuzeitlicher Philosophie reformuliert. In der Gegenwart stellt die unantastbare *Personwürde* jedes Einzelnen rechtlich (Grundgesetz Art. 1) und ethisch eine fundamentale Norm dar. Inhaltlich umgreift der Personbegriff, der sich in der abendländischen Ethik ausgebildet hat und der die Bezugsgröße der Personwürde ist, die Ganzheit bzw. die geistig-leibliche Einheit, die individuelle Identität und Integrität sowie den legitimen Anspruch des Einzelnen auf Freiheit und Selbstbestimmung.

Dieses Profil des Personbegriffs ist für das ethische Verständnis gleichgeschlechtlicher Orientierung unmittelbar belangvoll. Die gleichgeschlechtliche Neigung von Menschen bildet, heutiger medizinischer und humanwissenschaftlicher Kenntnis gemäß, ebenso wie die heterosexuelle Orientierung eine eigenständige Grunddisposition menschlicher Sexualität. Sie betrifft die Geschlechtsidentität eines Menschen, seine Geschlechterrolle und Geschlechtspartner-Orientierung, prägt also seine Selbstwahrnehmung, sein Selbsterleben und seinen Lebensstil zutiefst. Eine dauerhafte gleichgeschlechtliche Orientierung, die früher auch *konstitutionelle* oder *Neigungshomosexualität* genannt wurde, ist von vorübergehenden gleichgeschlechtlichen Gefühlen oder Handlungen, etwa bei Jugendlichen, zu unterscheiden. Zur Frage, wie eine andauernde, tiefe gleichgeschlechtliche Orientierung entsteht, wurden unterschiedliche Theorien entwickelt. Verwiesen wird auf die mögliche Prägekraft frühkindlicher Erfahrungen, eventuelle hormonelle pränatale Einflüsse, die Möglichkeit genetischer Disponierung (Hintergrund: Zwillingsforschungen oder – im Jahr 1993 – die Lokalisierung eines u. U. prädisponierenden Erbfaktors auf dem X-Chromosom [Xq 28]) oder eventuelle neurobiologische Aspekte. Die frühere Anschauung, eine gleichgeschlechtliche Neigung werde durch sexuelle Verführung im Kindes- oder Jugendalter bewirkt, ist indes nicht mehr haltbar. Die hieraus resultierenden Diskriminierungen gleichgeschlechtlich orientierter Menschen und entsprechende Angstgefühle vor ihnen, die sogar in der EKD-Schrift „Mit Spannungen leben" noch erwähnt werden[22], sind nicht begründet.[23]

22 Vgl. Mit Spannungen leben, S. 44, 47 f.

Eine einlinige Erklärung für die Entstehung einer gleichgeschlechtlichen Neigung wird wohl nicht möglich sein. Vielmehr dürfte eine Mehrzahl von Faktoren ausschlaggebend sein. Für die Ethik ist die Frage, *wie* die gleichgeschlechtliche Neigung von Menschen theoretisch erklärbar ist, freilich auch nicht der zentrale Punkt. Entscheidend ist der Sachverhalt, *dass* für zahlreiche Menschen die gleichgeschlechtliche Orientierung ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt, das ihnen vorgegeben und von ihnen willentlich nicht zu verändern ist. Ein solches Persönlichkeitsmerkmal kann weder moralisch als vorwerfbar noch religiös als sündig noch medikalisierend als krankhaft bezeichnet werden. Bei der anthropologischen Einsicht in das „Dass" der gleichgeschlechtlichen Orientierung – kulturübergreifend bei 4 – 5% der Männer und 1 – 3% der Frauen[24] oder sogar erheblich höher[25] – hat die Ethik einzuhaken und diesen Sachverhalt mit der Norm der Personwürde zu verknüpfen.

Zwar ist die einzelne Person nicht durch ihre Sexualität „definiert"; niemand darf in bloßer Reduktion auf seine sexuelle Orientierung betrachtet werden. Andererseits ist die sexuelle Orientierung und Identität von der ganzheitlichen, individuell-personalen Identität eines Menschen aber auch nicht abtrennbar. Daher können gleichgeschlechtlich empfindende Menschen einen menschen- und personrechtlichen Anspruch auf Schutz ihrer Individualität und ihres personalen So-Seins für sich geltend machen. Ethische Aussagen lassen sich aus natürlichen Vorgaben zwar nicht einfach deduzieren. Dies würde einen naturalistischen Fehlschluss darstellen. Aber sie haben auf das natürliche Sein Bezug, an ihm Anhalt zu nehmen und dienen der humanen Gestaltung der natural vorgegebenen Wirklichkeit. Die gleichgeschlechtliche Orientierung ist für zahlreiche Menschen unhintergehbar und ein Teil ihrer existentiellen, naturalen Disposition; sie bildet einen Bedingungsrahmen ihrer personalen Existenz. Da die ganzheitliche personale Identität eines jeden Menschen aber grundsätzlich Achtung verdient und unter dem Schutz der Personwürde steht, dürfen gleichgeschlechtlich orientierte Menschen hiervon nicht ausgenommen werden.

23 Vgl. U. RAUCHFLEISCH: Schwule, Lesben, Bisexuelle ([2]1996), S. 38 f.

24 Vgl. Deutscher Bundestag (Hg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen (1988) (Zur Sache 3/88), S. 42.

25 Als Angabe für die USA: 10% der Gesamtbevölkerung. Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 382.

b) Schlussfolgerungen

Eine solche Einsicht kann freilich kein rein abstraktes, theoretisches Postulat bleiben. Die Personwürde gleichgeschlechtlich orientierter Menschen zu achten, bedeutet, ihnen dann auch konkret eine Lebensführung und Lebensgestaltung zuzugestehen, die ihrem Personsein und ihren eigenen Perspektiven gerecht wird. Es stellt eine realitätsferne, menschen- und grundrechtlich nicht vertretbare Aufspaltung dar, einerseits den Respekt vor homosexuellen Menschen als solchen zu bekunden, ihnen andererseits eine ihnen gemäße Lebensweise zu versagen.[26] Eine solche Aufspaltung lässt sich angesichts des Niveaus, das der Schutz individueller Grundrechte in Neuzeit und Moderne erreicht hat, nicht mehr begründen. Ein besonders gewichtiges Persönlichkeitsrecht ist seit der Neuzeit die Gewissensfreiheit. Das Grundrecht der Gewissensfreiheit schützt aber nicht nur die innere Gewissensüberzeugung eines jeden, sondern auch das Verhalten gemäß dem eigenen Gewissen, die Gewissensbetätigung. In den achtziger und neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts sind zudem in besonderem Maße, die ethische Tradition bewusst fortschreibend, zusätzliche Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte als Ausdruck der Personwürde und der Persönlichkeitsrechte zur Geltung gebracht worden, darunter das Recht auf Nichtwissen um das eigene Genom, das Freiheitsrecht auf informationelle Selbstbestimmung oder das medizinethische Prinzip des informed consent. Die hier wirksame ethische Begründungslogik aufgreifend, ist ebenfalls in Bezug auf gleichgeschlechtlich orientierte Menschen hervorzuheben, dass sie selbst die Subjekte und Verantwortungsträger für ihre Lebensgestaltung sind. Eine Lebensform, die zumindest eine gewisse Zahl gleichgeschlechtlich orientierter Menschen für sich in Anspruch nehmen möchte, ist die dauerhafte partnerschaftliche Bindung. Die Rechtsordnung sollte dies von außen stabilisieren, um die Achtung vor ihrer Personwürde bzw. ihren Persönlichkeits- und Freiheitsrechten alltagsweltlich zu verdeutlichen. – Gleichzeitig sind relevante Folgefragen zu bedenken.

26 So der Katechismus der Katholischen Kirche (1993), Nr. 2358 f. Vergleichbar ist es, wenn auf evangelischer Seite unter Benutzung reformatorischer Begrifflichkeit eine Unterscheidung zwischen (zu respektierender) „Person" und (abzulehnendem) „Werk" homosexueller Menschen vorgetragen wird.

6. Die Stellung des Kindes in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften. Personwürde und Entwicklungschancen von Kindern als vorrangiges Kriterium der rechtsethischen Urteilsfindung

a) Die Personwürde des Kindes als fundamentale Norm

Inzwischen stellt sich die Frage, wie die Belange von *Kindern*, die in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften aufwachsen, am wirksamsten gesichert werden können (s. u. Abschnitt 6 b). Darüber hinaus wird von gleichgeschlechtlich lebenden Menschen selbst oder von Seiten der Reproduktionsmedizin erörtert, ob oder wie gleichgeschlechtliche Partnerinnen oder Partner im Rahmen ihrer Beziehung einen eigenen oder gemeinsamen Kinder*wunsch* verwirklichen können sollen. Im Kontext der Reproduktionsmedizin wird, auch losgelöst von gleichgeschlechtlichen Paaren, ganz generell erwogen, ob Eltern oder Alleinstehenden ein „Recht" auf ein eigenes Kind zukomme. Nun ist die Legitimität eines Kinderwunsches grundsätzlich anzuerkennen; das Bestreben, für Kinder Sorge zu tragen, hat hohes ethisches Gewicht. Bei gleichgeschlechtlich orientierten Menschen ist ein Kinderwunsch offenbar ähnlich ausgeprägt wie bei heterosexuell lebenden.[27]

Für die Erzeugung von Kindern können die subjektiven Wünsche Erwachsener freilich nicht der alleinige oder nur ausschlaggebende Gesichtspunkt sein. Niemand besitzt ein „Anrecht" auf ein Kind, das, losgelöst von elterlichen Wünschen oder Interessen, vielmehr in seiner eigenen Würde und Selbstzwecklichkeit zu achten ist. Zumal solche Motive, die auf Projektionen zur eigenen Selbstentfaltung beruhen, können einen ethisch nachvollziehbaren Kinderwunsch nicht begründen. Ein Kinderwunsch sollte überdies nicht mit Hilfe von Mitteln und Umwegen, die sittlich bedenklich sind, verwirklicht werden. Dies ergibt sich schon allein daraus, dass ein intendiertes Handlungsziel und die Mittel des Handelns grundsätzlich gegeneinander abzuwägen sind und in einer ethisch vertretbaren Relation stehen sollen. Konkret resultieren daraus, und zwar in Bezug auf homosexuelle ebenso wie auf heterosexuelle Paare, die Einwände gegen eine Ausnutzung Dritter und gegen die Instrumentalisierung von Leihmüttern, gegen die Bereitstellung oder Nutzung von Samenbanken und gegen anonyme Samenspenden, denen ohnehin das Menschenrecht

27 Vgl. U. SIELERT: Zwei-Väter- und Zwei-Mütter-Familien (2000), S. 46.

von Kindern auf Kenntnis des leiblichen Vaters widerstreitet.[28] Abwegig sind seit einiger Zeit auch im Blick auf gleichgeschlechtlich lebende Menschen geäußerte Spekulationen über die Inanspruchnahme von reproduktivem Klonieren.

Grundsätzlich gilt: Für die ethische Gewichtung sind im Vergleich zu den Interessen Erwachsener die Würde und eigenen Perspektiven von Kindern bzw. das Wohl, der Schutz des Kindes als desjenigen, der im Rahmen des asymmetrischen intergenerationellen Beziehungsgefüges der schwächere und fürsorgebedürftige Teil ist, stets vorrangig. In der heutigen Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft werden Rechte und Bedürfnisse von Kindern vielfältig marginalisiert. Angesichts dessen ist ihre Schutzwürdigkeit bzw. ist die Schutzfunktion, die der Grundwert der Gerechtigkeit für den Umgang mit ihnen nahe legt (iustitia protectiva), mit besonderem Nachdruck zu betonen. Dies ist zumal vor theologischem Hintergrund hervorzuheben, weil jüdische Überlieferungen die Gottebenbildlichkeit von Kindern und überhaupt das Judentum und Christentum die konkreten Lebenschancen von Kindern immer wieder in das Bewusstsein gerückt haben.[29]

b) Die Belange von Kindern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften

In Bezug auf gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften ist nun aber als heutige und zukünftige Gegebenheit zu bedenken, *dass* Kinder faktisch in ihnen aufwachsen. Zumeist beruht dies darauf, dass nach der Auflösung einer früheren andersgeschlechtlichen Verbindung einer der beiden Partner ein Kind in die neue Beziehung mitbringt. Für die USA liegen Schätzungen vor, denen zufolge dort etwa 1 bis 3 Millionen homosexuelle Väter sowie 1 bis 5 Millionen lesbische Mütter mit 2 bis 4 bzw. 4 bis 10 Millionen Kindern leben.[30] Angesichts solcher Größenordnungen wird die Frage

28 Hinweise auf die Praxis von Leihmutterschaft, künstlicher Insemination u. a. bei gleichgeschlechtlich lebenden Menschen bei W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 368 ff. oder E. DAHL: Sapphos Töchter (1999), 307 – 313.

29 Vgl. R. M. HERWEG: Die jüdische Mutter (1994), S. 71 – 79. – Als historische Belege für eine am Kind orientierte Ethik sind u. a. das Kinderevangelium (Mk 10, 13-16), die altkirchlichen Konzilsbeschlüsse, die zur Sorge für ausgesetzte Kinder aufriefen, das Verständnis von Kindern als Zeichen der Hoffnung im Judentum, die kindorientierten, reformpädagogischen Impulse in der jüdischen Aufklärungspädagogik im Umkreis Moses Mendelssohns oder im theologisch-philosophischen Werk Friedrich Schleiermachers zu nennen.

30 Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 366 f.

unabweisbar, welche Verantwortung Gesellschaft und Rechtsordnung tragen, um das Kindeswohl in männlich oder weiblich gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften von außen her zu stützen. Ggf. kann es sogar darum gehen, die Fürsorge für ein Kind nach dem Tod eines Partners zu sichern. Um solcher Anliegen willen wurden in Dänemark 1999 das Partnerschaftsgesetz novelliert und die „Stiefkindadoption" durch den gleichgeschlechtlichen Partner des Kindesvaters oder der Kindesmutter sowie ein gemeinschaftliches Sorgerecht zugelassen:

> „Der Gesetzgeber war der Meinung, dass diese Regelung im Interesse des Kindeswohls geboten sei, namentlich wenn das Kind im gemeinsamen Haushalt der Partner aufwächst. Nur durch eine solche ‚Stiefkindadoption' könne nämlich sichergestellt werden, dass dem Kind bei Auflösung der Partnerschaft oder im Falle des Todes seines Vaters oder seiner Mutter Unterhalts- und Erbansprüche gegen seinen Adoptivvater oder seine Adoptivmutter zustehen. Auch könne auf diese Weise erreicht werden, dass das Kind nach dem Tode seines Vaters oder seiner Mutter weiterhin bei seinem sorgeberechtigten Adoptivelternteil verbleiben kann, zu dem das Kind womöglich eine enge emotionale Bindung hat."[31]

Zu der Frage, ob in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften das Kindeswohl tatsächlich gewährleistet ist, liegen aus dem amerikanisch-angelsächsischen Sprachraum empirische Studien vor, deren Repräsentativität nicht überschätzt werden darf, die aber immerhin zu bedenkende Anhaltspunkte vermitteln. Demzufolge stoßen Kinder, die in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften aufwachsen, zwar nach wie vor auf belastende externe Bedingungen, d. h. auf Vorbehalte in ihrem Umfeld und bei Altersgenossen.[32] Keinen Anhalt oder empirischen Beleg gibt es jedoch für den oft geäußerten Einwand, in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften heranwachsende Kinder würden in erhöhtem Maß selbst gleichgeschlechtliche Neigungen entwickeln.[33] Ebenso wenig lässt sich belegen, dass sich der Erziehungsstil gleichgeschlechtlich lebender Mütter oder Väter negativ auf die Psyche, das Verhalten und die Sozialisation auswirke.[34]

31 P. DOPFFEL/H. KÖTZ/J. M. SCHERPE: Rechtsvergleichende Gesamtwürdigung und Empfehlungen (2000), S. 405. – Das Europäische Parlament gab schon 1994 ein Votum zugunsten des Adoptionsrechtes für gleichgeschlechtliche Paare ab (Entschließung vom 08.02.1994 zur Gleichberechtigung von Schwulen und Lesben in der EG, BT-Drucksache 12/7069 vom 10.03.1994, unter Nr. 14).

32 Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 385 ff.; U. SIELERT: Zwei-Väter- und Zwei-Mütter-Familien (2000), S. 45.

33 Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 382, 384; P. DOPFFEL u. a.: Rechtsvergleichende Gesamtwürdigung und Empfehlungen (2000), S. 408.

Solche Resultate empirischer Forschungen sollten noch stärker abgesichert werden. Sie deuten darauf hin, dass das Wohl und die Entwicklungschancen von Kindern, die bei gleichgeschlechtlich lebenden Eltern aufwachsen, hierdurch nicht beeinträchtigt sind. Gesetzliche Normierungen zum Sorgerecht oder zur Adoptionsmöglichkeit sollten nicht überstürzt getroffen werden; darin ist dem Gutachten des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht, das für das Bundesjustizministerium erstellt wurde, zuzustimmen.[35] Die Zurückhaltung, die der derzeit vorliegende Gesetzentwurf eines Lebenspartnerschaftsgesetzes zu dieser Frage übt (in anderen Punkten enthält er Überregulierungen), ist insofern nachvollziehbar. Auf Dauer werden aber – und zwar um der betroffenen Kinder willen – klärende gesetzliche Regeln erforderlich werden. Schon jetzt können, etwa was das Umgangsrecht mit Kindern nach der Auflösung langjähriger gleichgeschlechtlicher Partnerschaften anbelangt, belastende Konflikte entstehen, die im Blick auf das Kindeswohl so human wie möglich geregelt werden sollten.[36]

7. Förderung von gelebter Toleranz in der pluralen Gesellschaft als Aufgabe ethischer Bewusstseinsbildung

Im Fazit ist festzuhalten: Für den Umgang mit gleichgeschlechtlich orientierten Menschen, den Kultur, Gesellschaft und Rechtsordnung zur Zeit neu erlernen und einüben müssen, sind rechts- und sozialethisch die individuelle Personwürde, die Nichtdiskriminierung sowie – dies sollte zuletzt besonders herausgehoben werden – die Belange von Kindern die ausschlaggebenden Wertmaßstäbe. Anders gesagt geht es darum, gegenüber gesellschaftlichen Minderheiten eine materiale, gelebte Toleranz zu fördern. Eine soziologische Analyse der Situation von Minderheiten, deren Angehörige von der gesellschaftlichen Mehrheit als „Fremde" betrachtet werden, hat 1908 Georg SIMMEL vorgetragen. Ihm zufolge ist für die Menschen, die sich in der Mehrheit befinden, der Angehörige der Minderheit ein Fremder, welcher in eigentümlicher Weise als nah und fern

34 Vgl. W. E. FTHENAKIS: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften (2000), S. 383; P. DOPFFEL u. a.: Rechtsvergleichende Gesamtwürdigung (2000), S. 409.

35 Vgl. P. DOPFFEL u. a.: Rechtsvergleichende Gesamtwürdigung (2000), S. 410.

36 Im September 2000 hatte das Oberlandesgericht Hamm einen Streitfall zu entscheiden, der das Umgangsrecht mit einem inzwischen 5 Jahre alten Sohn betraf, der durch artifizielle Reproduktion in einer gleichgeschlechtlichen lesbischen Partnerschaft geboren worden war; diese war nach elfjähriger Dauer beendet worden (11 UF 22/2000 OLG Hamm).

zugleich wahrgenommen werde. Nah, denn man lebe in räumlicher Nähe zu ihm, etwa in der gleichen Straße oder Stadt. Fern, weil ihm gegenüber ein großer geistiger, mentaler Abstand bestehe. Deswegen werde der „fremde" Mitbürger von der Mehrheit letztlich gar nicht als einzelner Mensch, sondern als gesichtsloser Menschen„typ" behandelt:

> „die Fremden (werden) ... eigentlich nicht als Individuen, sondern als die Fremden eines bestimmten Typus überhaupt empfunden, das Moment der Ferne ist ihnen gegenüber nicht weniger generell als das der Nähe."[37]

Da sie nicht als Einzelne mit persönlichen Eigenschaften und statt dessen nur als Angehörige einer anderen Menschengruppe und Außenseiter im Blick sind, werden sie zum Objekt von Aggressionen und Vorurteilen. Simmels Analyse betraf damals vor allem die Stellung von Juden in der deutschen Gesellschaft, lässt sich aber auf den Status gesellschaftlicher Minderheiten überhaupt übertragen und rückt nochmals neu ins Licht, dass die Angehörigen einer Minorität in ihrer individuellen Identität und Personwürde respektiert und akzeptiert werden sollten. Eine solche gelebte, aktive Toleranz ist für die ethische Kultur in Staat und Gesellschaft, zumal in Anbetracht des heutigen Pluralismus, unabweisbar. Gegenüber gleichgeschlechtlich orientierten Menschen wird der Abbau verfestigter Vorurteile nicht kurzfristig zu erreichen sein. Um so dringlicher ist, neben notwendig gewordenen Rechtsregelungen, die Förderung eines human toleranten kulturellen Bewusstseins durch die schulischen, kirchlichen und gesellschaftlichen Bildungsinstitutionen.

Nachtrag (November 2000): Am 10.11.2000 hat der Deutsche Bundestag nach kontroverser Debatte den Gesetzentwurf zu eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften, auf den in dem voranstehenden (im September 2000 abgeschlossenen) Beitrag Bezug genommen wurde, mit der Mehrheit der Regierungsfraktionen beschlossen. Die Abstimmung im Bundesrat zum in der Länderkammer zustimmungspflichtigen Ergänzungsgesetz (vgl. oben Abschnitt 1) steht jedoch noch aus, so dass, abgesehen von der generellen verfassungsrechtlichen und kulturellen Erörterung dieses Themas, auch das konkrete Gesetzgebungsverfahren und die damit verbundenen rechtspolitischen Auseinandersetzungen zur Zeit – auch nach dem Bundestagsbeschluss – noch nicht beendet sind.

37 G. SIMMEL: Soziologie ([5]1968), S. 512.

Zusammenfassung

KREß, Hartmut: **Gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften in rechts- und sozialethischer Perspektive,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 339 – 365

Der Gesetzentwurf zur staatlichen Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften erzeugt in Deutschland zur Zeit erhebliche Kontroversen. Tradierte Einwände, die zur Diskriminierung gleichgeschlechtlich orientierter Menschen führten, sind nicht mehr tragfähig. Ethisch sind die Personwürde und individuellen Persönlichkeitsrechte gleichgeschlechtlich orientierter Menschen entscheidend. Vor diesem Hintergrund sollte die Rechtsordnung die rechtlichen Rahmenbedingungen für dauerhafte gleichgeschlechtliche Partnerschaften abklären. Anschlussfragen, besonders zum Sorgerecht für Kinder und zum Adoptionsrecht, bedürfen noch weiterer empirisch fundierter und ethischer Klärung; hierbei müssen die Belange und Entwicklungschancen der Kinder selbst im Vordergrund stehen.

Ehe
Homosexualität
Partnerschaft, gleichgeschlechtliche
Personwürde

Summary

KREß, Hartmut: **Homosexual orientation and homosexual partnerships from the viewpoint of legal and social ethics,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 339 – 365

For the time being the legal draft for the state recognition of homosexual partnerships in Germany is bringing about a heated controversy. The traditional objections that have led to the discrimination of homosexual people are no longer acceptable. From the ethical point of view personal dignity as well as the individual personal rights will prove crucial to the case. In view of this situation the basic legal conditions of enduring homosexual partnerships should be tidied by law. The resulting questions, especially of the care and custody for children, are still to be clarified on an empirical and ethical basis, with the child's interests and chances of development being given priority to.

Marriage
Homosexuality
Partnership, homosexual
Personal dignity

Literatur

BRANDT, Reinhard: Die Ehe als Leitbild christlicher Orientierung. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 42 (1998), S. 294 – 307.

BUNTING, Annie: Universalismus von rechts, links und queer. In: H.-R. Reuter (Hg.): Ethik der Menschenrechte. Zum Streit um die Universalität einer Idee I. – Tübingen: Mohr Siebeck, 1999, S. 237 – 263.

DAHL, Edgar: Sapphos Töchter. Sollten lesbische Paare Zugang zur künstlichen Befruchtung haben? In: Ethica 7 (1999) 3, S. 307 – 313.

DANNECKER, Martin: Homosexuelle Männer und AIDS. Eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 1990 (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit; 252).

DANNECKER, Martin/SCHRÖDER, Friedrich-Christian/HOLDEREGGER, Adrian: Homosexualität. In: W. Korff u. a. (Hg.): Lexikon der Bioethik. Bd. II. – Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1998, S. 224 – 230.

DEUTSCHER BUNDESTAG (Hg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbe-

richt der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung". – Bonn, 1988 (Zur Sache 3/88).

DOPFFEL, Peter/KÖTZ, Hein/SCHERPE, Jens M.: Rechtsvergleichende Gesamtwürdigung und Empfehlungen. In: J. Basedow u. a. (Hg.): Die Rechtsstellung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. – Tübingen: Mohr Siebeck, 2000, S. 393 – 423.

FTHENAKIS, Wassilios E.: Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften und kindliche Entwicklung. In: J. Basedow u. a. (Hg.): Die Rechtsstellung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. – Tübingen: Mohr Siebeck, 2000, S. 351 – 389.

HERWEG, Rachel Monika: Die jüdische Mutter. – Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1994.

HEUN, Stefanie: Gleichgeschlechtliche Ehen in rechtsvergleichender Sicht. – Berlin: Duncker & Humblot, 1999.

Katechismus der Katholischen Kirche. – München: R. Oldenbourg, 1993.

KEIL, Siegfried: Zur rechtlichen Anerkennung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften aus der Perspektive evangelischer Theologie und Kirche in Europa. In: S. Keil/M. Haspel (Hg.): Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften in sozialethischer Perspektive. – Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2000, S. 201 – 222.

KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hg.): Mit Spannungen leben. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema „Homosexualität und Kirche". – Hannover, 1996 (EKD-Texte; 57).

KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hg.): Verlässlichkeit und Verantwortung stärken. Eine Stellungnahme des Kirchenamtes der EKD zur Verbesserung des Rechtsschutzes für gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften und zur besonderen Bedeutung und Stellung der Ehe. – Hannover, 2000.

KREß, Hartmut: Im Prinzip Ja und Nein. Die EKD-Schrift zur Homosexualität. In: Evangelische Kommentare 29 (1996), S. 292 – 293.

KREß, Hartmut: Die Personwürde als Maßstab der Sexualethik – die Diskussion zur Homosexualität. In: H. Kreß/W. E. Müller: Verantwortungsethik heute. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 1997, S. 204 – 221.

NIEDEN, Susanne zur: „... als ‚Opfer des Faschismus nicht tragbar.'" Ausgrenzungen verfolgter Homosexueller in Berlin 1945 – 1949. In: KZ-Gedenkstätte Neuengamme (Hg.): Verfolgung Homosexueller im Nationalsozialismus. – Bremen: Edition Temmen, 1999, S. 93 – 103.

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM (Hg.): Antischwule Gewalt in Niedersachsen. – Hannover, 1993.

PANNENBERG, Wolfhart: Angst um die Kirche. In: Evangelische Kommentare 26 (1993), S. 709 – 713.

RAUCHFLEISCH, Udo/KORFF, Wilhelm/BIER, Georg/MÜLLER, Wunibald: Homosexualität. In: W. Kasper u. a. (Hg.): Lexikon für Theologie und Kirche. Bd. V. – Freiburg i. Br.: Herder, [3]1996, Sp. 254 – 260.

RAUCHFLEISCH, Udo: Schwule, Lesben, Bisexuelle. – Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, [2]1996.

RISSE, Jörg: Der verfassungsrechtliche Schutz der Homosexualität. – Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998.

SIELERT, Uwe: Zwei-Väter- und Zwei-Mütter-Familien. Sorgerecht, Adoption und artifizielle Insemination bei gleichgeschlechtlichen Elternteilen. In: S. Keil/M. Haspel (Hg.): Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften in sozialethischer Perspektive. – Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2000, S. 45 – 63.

SIMMEL, Georg: Soziologie. – Berlin: Duncker & Humblot, [5]1968.

TAEGER, Angela: Intime Machtverhältnisse. Moralstrafrecht und administrative Kontrolle der Sexualität im ausgehenden Ancien Régime. – München: R. Oldenbourg, 1999.

VEYNE, Paul: Homosexualität im antiken Rom. In: Ph. Ariès u. a.: Die Masken des Begehrens und die Metamorphosen der Sinnlichkeit. Zur Geschichte der Sexualität im Abendland. – Frankfurt/M.: S. Fischer, 1984, S. 40 – 50.

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik,
Am Hof 1, D-53113 Bonn

INFORMATIONSSPLITTER

ETHIK UND SPORT

Die *Europäische Gruppe für Ethik der Naturwissenschaften und der Neuen Technologien* (EGE) versteht sich als unabhängiges, multikulturelles und multidisziplinäres Gremium, das sich die Aufstellung einheitlicher Regeln zum Ziel gesetzt hat, damit der Binnenmarkt den europäischen ethischen Werten entsprechend funktioniert.

Die EEG veranstaltet Anhörungen und Rundtischgespräche und berät sich mit Experten aus den verschiedensten Bereichen.

Bereits Ende 1999 verabschiedete sie eine Stellungnahme zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit Dopingpraktiken im Sport, wobei es vor allem um die Wahrung der Würde und die Verhinderung der Ausbeutung der Athleten geht. So sollte jeder Sportler über seinen Körper frei verfügen können und Anspruch auf vollständige Informationen über alle ihm verabreichten Substanzen sowie auf faire Wettbewerbsbedingungen haben.

Weitere Auskunft:
http://europa.eu.int/comm/sg/sgc/ethics/en/opinions.htm

Aus: EUR-OP News (1999) 4, S. 14

SOLIDARITÄT DURCH KULTUR

Kulturelle Zusammenarbeit spielt im Prozess der europäischen Integration eine wichtige Rolle. Sie fördert die Solidarität zwischen den Völkern sowie das Verständnis für Geschichte und Traditionen anderer Länder.

So gewinnen auch kulturelle Netze in der EU zunehmend an Bedeutung, weil sie die Durchführung internationaler Projekte und Aktivitäten erleichtern. Europäische Netze dieser Art existieren bereits in den Bereichen darstellende Kunst, bildende Künste und Multimedia, Literatur und Lesen, kulturelles Erbe und Kulturpolitik u. a.

Im Zeitraum 2000 bis 2004 werden für das Rahmenprogramm *Kultur 2000*, zu dem die Programme *Kaleidoskop* (künstlerisches Schaffen), *Ariane* (Literatur) und *Raphael* (kulturelles Erbe) gehören, 167 Mio. Euro zur Verfügung stehen.

Weitere Auskunft:
http://europa.eu.int/comm/dg10/culture/index_en.html

Aus: EUR-OP News (1999) 4, S. 14

ETHICA; 8 (2000) 4, 367 – 383

CHRISTINE HAUSKELLER

DIE STAMMZELLFORSCHUNG UND DAS ÄRZTLICHE SELBSTVERSTÄNDNIS ZWISCHEN WISSENSCHAFTLICHER UND ETHISCHER PERSPEKTIVE

Dr. phil. Christine Hauskeller, geb. 1964; Studium der Philosophie, Soziologie und Psychoanalyse in Frankfurt/M. abgeschlossen 1992. Promotion im Fach Philosophie 1999 mit der Arbeit „Das paradoxe Subjekt. Unterwerfung und Widerstand bei Judith Butler und Michel Foucault", Tübingen 2000. Seit Anfang 1999 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Theologie und Sozialethik der TU-Darmstadt bei Prof. Wolfgang Bender in einem interdisziplinären Forschungsprojekt zu ethischen Problemen der Forschung an und mit humanen Stammzellen.

Ein Verbundforschungsprojekt der Technischen Universität Darmstadt (Institute für Theologie und Sozialethik und für Biochemie) und der Forschungsstätte der evangelischen Kirchen in Heidelberg arbeitet seit zwei Jahren an verschiedenen Fragestellungen zur ethischen Problematik der Stammzellforschung. Im Folgenden stelle ich einen zentralen Aspekt dieser gemeinsamen Arbeit zur Diskussion, der den gegenwärtigen Stand der ethischen Debatte um die *Stammzellforschung* in Deutschland kritisch beleuchtet.

Die Forschung mit humanen Stammzellen ist in Deutschland mehr als anderswo umstritten. Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) verbietet die Forschung mit embryonalen Stammzellen, die für vielfältige therapeutische Entwicklungen am geeignetsten scheinen. Denn der frühe Embryo bis etwa zum 8-Zellstadium besteht aus so genannten totipotenten Stammzellen, was bedeutet, dass aus jeder dieser Zellen potentiell ein ganzer Mensch werden könnte. In eben diesem Zellstadium ist aber auch noch das Potential enthalten, sämtliche Gewebeformen des menschlichen Organismus bilden zu können, und eben darum sind diese Zellen für die Forschung so interessant. Zwar können auch mit Stammzellen aus späteren Embryonalstadien, aus Feten, Nabelschnurblut oder aus dem Organismus erwachsener Menschen therapeutische Erfolge erreicht werden – und in der Krebsbehandlung wird diese Methode auch schon lange angewandt – , jedoch ist bis heute nicht bekannt, woran diese Stammzellen als solche in

einer Gewebeprobe eindeutig zu identifizieren sind. Die gewebespezifischen Stammzellen als Therapeutika in verschiedenen Körperbereichen einzusetzen würde zudem erfordern, ihre Anpassung an die dort geforderten Zelleigenschaften exakt kontrollieren zu können, sonst birgt dieses Vorgehen nach bisherigem Wissensstand ein Risiko, das bei Verwendung totipotenter Stammzellen ausgeschlossen werden könnte. Es muss nämlich bei der Implantation von Stammzellkulturen zur Therapie vermieden werden, dass sich im Implantat Zellen befinden, die nicht entsprechend den Umgebungsanforderungen ausdifferenziert sind, weil sonst eine hohe Krebsgefahr für die Patienten durch das Zellimplantat besteht. Darum scheinen für die derzeit angedachten Einsatzformen zur Behandlung neurodegenerativer Erkrankungen oder zum Organersatz die embryonalen Stammzellen sicherer, deren Differenzierungsprozess in vitro zunehmend exakt gesteuert werden kann.

Diese Sachlage führt zum gegenwärtigen Konflikt zwischen der gesetzlich verankerten Garantie von Schutzrechten für alle Menschen gegenüber fremden Verwertungsinteressen, wie sie das ESchG auch für ungeborene Menschen, für Embryonen ab der Kernverschmelzung von Ei- und Samenzelle zusichert, und einer neuen Forschungsrichtung, in die viele Hoffnungen gesetzt werden, dass durch ihre Erfolge heute noch unheilbare Krankheiten behandelbar werden könnten – die *Stammzellforschung*.

Der bezeichnete Konflikt ist ein moralischer. Das normative Gebot des Schutzes menschlichen Lebens gegen Verwertungsinteressen steht der Aufforderung, leidenden Menschen zu helfen, entgegen. Dementsprechend zentriert sich in Deutschland die moralische Diskussion um die Stammzellforschung auf die Frage nach dem Status früher Embryonen, die aus so genannten totipotenten Stammzellen bestehen.[1] Embryonen sind in Deutschland gesetzlich vor Fremdnutzung geschützt, doch eben dieser Status wird gegenwärtig infrage gestellt.

Diese Engführung der ethischen Diskussion auf das Problem der Embryonenforschung hin ist bedauerlich, denn mit der Forschung und den potentiellen Therapiemöglichkeiten durch den Einsatz von humanen Stammzellen – auch nicht totipotenten – sind ethische Probleme auch in anderen Dimensionen verknüpft. Die ethische Frage als eine nach der Be-

1 Christian KUMMER hat in seinen ethischen Überlegungen zur Stammzellforschung [Was man aus Embryonen machen kann (1999); Biomedizinkonvention und Embryonenforschung (1999); Stammzellkulturen (2000)] herausgearbeitet, wie schwierig und ethisch bedeutsam Abgrenzungen wie jene zwischen Toti- und Pluripotenz aus biologischer Perspektive sind und was das für die Embryonenforschung heißen könnte.

ziehungs- und Umgangsweise von Menschen auf Menschen und auf die sie umgebende Umwelt zu verstehen, führt dahin, in der Stammzellforschung, die generell auf Teile des menschlichen Körpers als Ersatzteillager für die Reparatur eben dieses oder anderer menschlicher Körper ausgerichtet ist, noch ganz andere ethische Problemfelder zu erkennen. Doch an der Frage nach dem moralischen Status des Embryos kann deutlich aufgezeigt werden, welche grundsätzlichen Überlegungen zum Verhältnis von Ethik und naturwissenschaftlich-technischer Forschung angestellt werden müssen, um das Problem des bezeichneten moralischen Dilemmas, des Widerstreits verschiedener normativer Gebote, angemessen und nicht reduktionistisch zu behandeln.

1. Was ist ein 8-zelliger Embryo?

Die Kritik am moralischen Status des frühen Embryos in vitro bezieht sich darauf, dass solcher *Schutz eines 8-Zellers* diesen überbewerte gegenüber dem Lebensrecht von Menschen, die z. B. an neurodegenerativen Erkrankungen leiden, von akutem Organversagen oder Krebs betroffen sind. Das werde besonders klar, denkt man an § 218, der die Abtreibung sehr weit entwickelter Feten unter definierten Umständen straffrei lässt. Der absolute Schutz des Embryos in vitro sei zudem nicht nachvollziehbar, wenn man sich das Objekt selbst genau ansehe, das doch als Zellverband wenig Schutzimpulse wach werden lasse. Argumente dieser Art werden nicht nur in bezug auf die Stammzellforschung geäußert, sondern u. a. auch zur Verteidigung der Präimplantationsdiagnostik, die in Deutschland ebenfalls nach dem ESchG verboten ist.

Diese Kritik am ESchG im Vergleich mit dem § 218 stellt eine moralische Intuition infrage, die im ESchG ausgedrückt wurde. Diese Intuition besagt, dass gerade der Embryo in vitro besonderen Schutzes bedarf. Der Embryo im Mutterleib lebt mit dem mütterlichen Organismus in Symbiose, weshalb seine Interessen nicht gut gegen die der Mutter aufgerechnet oder gar diesen gegenüber höherrangig bewertet werden können. Anders ist das beim Embryo in vitro. Da wir keine Zwischenstufen des Schutzes gegenüber Fremdinteressen kennen, muss der menschliche Embryo entweder in vollem Umfang als Mensch betrachtet werden, wie es das ESchG tut. Dann gelten für ihn als menschliches Leben die gleichen Schutzrechte wie für jedes andere menschliche Individuum. Oder der menschliche Embryo bleibt bis zu demjenigen Zeitpunkt, ab dem er als menschliches Le-

ben eingestuft wird, völlig ungeschützt gegenüber fremden Interessen, so wie Mäuseembryonen (und Mäuse). Es sind verschiedene Vorschläge in der Diskussion, ab welchem Zeitpunkt oder welcher Entwicklungsstufe der Embryo oder Fetus oder gar das geborene Kind als Mensch im Sinne der Menschenrechte gelten sollte.[2] Den Beginn menschlichen Lebens bei der Kernverschmelzung von Ei- und Samenzelle anzusetzen, wie es das ESchG tut, hat den Vorzug, dass die unsichere Grundlage vermieden wird, auf die man mit einer unscharfen Definition des Beginns menschlichen Lebens juridisch geraten kann. Wenn wir Schutzrechte für Menschen festsetzen, müssen wir genau bestimmen, ab wann und unter welchen Bedingungen etwas oder jemand unter diese Bestimmung fällt. Andere Grenzdaten im Verlauf der Entwicklung des Embryos zum Menschen, wenn also der Lebensbeginn des Menschen z. B. bei der neuronalen Entwicklung als Voraussetzung der Leidensfähigkeit oder bei der Entwicklung des Selbstbewusstseins angesetzt wird, sind wesentlich unschärfer, aber mindestens genauso als willkürlich kritisierbar wie diese frühe Markierung der Kernverschmelzung. Sie sind zudem mit bestimmten Definitionen dessen verbunden, was den Menschen zum Menschen macht – auch in Abgrenzung von anderen Lebewesen – die sehr folgenreich sind für unser kulturelles und juridisches Verständnis vom Menschen. Debatten, die geführt werden, z. B. über die moralische Berücksichtigung leidensfähiger Lebewesen, auch wenn sie keine Menschen sind, oder über das Lebensrecht geistig schwer behindert geborener Kinder, zeigen die damit verbundenen Probleme. Die moderne entwicklungsbiologische Auffassung von der Kontinuität der Entwicklung des Lebewesens aus dem Embryo zum reifen Tier oder Menschen bietet für derartige Festsetzungen keine Grundlage.

2. Das ärztliche Selbstverständnis als ethische Orientierung

Wie sich einzelne oder auch ganze Berufsgruppen zu diesen ethischen Grundfragen der Beziehung auf Menschen und unsere Lebensumwelt stellen, ist entscheidend dafür, wie sie innerhalb dieses moralischen Konflikts, den ich skiziziert habe, ihre Identität als verantwortliche Personen bestimmen. Wie sich einzelne Mitglieder der Ärzteschaft, die sich in diesen Fragen keineswegs homogen nach außen hin darstellt und es auch

2 Zusammenfassend dargestellt in: J. HÜBNER/M. ZIMMERMANN: Wann ist ein Mensch ein Mensch? (1997).

nicht ist, zu den angeschnittenen ethischen Grundfragen stellen und wie sie demgemäß handeln, hat Einfluss darauf, welche Umgangsweisen mit Menschen, Krankheiten, Therapien, Körpern und Körperteilen sich gesellschaftlich etablieren. Diejenigen, die aus ihrem Berufsverständnis und ihrer Sicht der Kranken und der Krankheiten heraus bestimmte Forschungen und Therapieformen fördern oder bremsen, nehmen Einfluss auf Körper- und Therapie-Praktiken und so auch auf das damit verbundene gesellschaftliche Verständnis davon, was Menschen sind und wie wir mit ihnen umgehen sollten. Wie Ärzte sich selbst in ihrer beruflichen Aufgabe sehen und wie sie sich auf diejenigen beziehen, die von ihrem Handeln betroffen sind, steht so in engem Zusammenhang mit dem gegebenen Menschenbild und wirkt über medizinische Praktiken auf dieses zurück. Die ärztliche Identität als berufliches Selbstverständnis ist eng verknüpft mit ethischen Bezugnahmen auf Welt. Eine Identität als Ärztin oder Arzt auszubilden heißt so verstanden wesentlich, ethische Bezugnahmen auf andere Menschen als bestimmendes Merkmal des eigenen beruflichen Selbstverständnisses anzunehmen. Der Wunsch, Leiden und Schmerzen der Kranken zu beheben oder zumindest zu lindern, wird darum in der Öffentlichkeit und auch von den meisten Ärzten als charakteristischer Zug ihrer beruflichen Aufgabe und ihres Selbstverständnisses angesehen. Die Kranken sind dabei nicht einfach eine anonyme Gruppe von leidenden Menschen, sondern sie werden als individuelle Kranke, als einzelne Patientinnen und Patienten vorgestellt, und so erleben sie die Ärzte im Berufsalltag auch. Wenn von manchen ärztlichen Berufsgruppen darum die Forschung mit Stammzellen forciert gefordert wird, dann, weil sie auch hoffen, dadurch längerfristig bestimmten Krankheitsbildern, wie der Alzheimerschen oder der Parkinsonschen Krankheit, nicht mehr so hilflos gegenüberzustehen wie bislang.

Gegen diesen Wunsch steht jedoch die genannte ethische Intuition, die in Deutschland Gesetzesform hat, eben dass kein Mensch zugunsten anderer geopfert werden darf und dass der frühe Embryo ein Mensch in diesem Sinne ist.

3. Die Sicht auf den Embryo, eine Sicht durch das Mikroskop

Wie plausibel ist es, den 1- bis 8-Zeller als Menschen zu sehen und gleich einem solchen zu behandeln? Stellt man sich dieses Gebilde vor und dann im Vergleich dazu einen alzheimerkranken älteren Menschen, scheint diese Gleichsetzung – zumindest auf der Ebene der bildhaften Vorstellung –

wenig überzeugend. Denn wie begegnet uns ein früher Embryo? Er ist kein Wesen, das uns als solches je erfahrbar war, bevor ihn die moderne Wissenschaft in die Petrischale und diese unter das Mikroskop legte. Durch das Mikroskop sieht man die Zellformation eines 8-zelligen Embryos bei entsprechender Hinführung stets als genau dies: als 8-Zeller. Es ist nicht sichtbar, ob es sich um einen menschlichen Embryo oder um den eines anderen Lebewesens handelt. Und das Auge sieht auch dann nichts anderes, wenn man weiß, ob es sich um einen Mäuseembryo oder um einen menschlichen Embryo handelt. Das liegt an der Perspektive, an dem Blick auf das Objekt, den das Mikroskop ermöglicht und vorgibt. Diese Perspektive gilt es in ihrer ethischen Bedeutung zu untersuchen. Denn die Wahrnehmung spielt in einer Ethik-Konzeption, die Ethik als konkrete Beziehung und Bezugnahme auf Welt versteht, eine wichtige Rolle. Wenn die Erfahrung des Gegenübers relevant ist für seine Anerkennung als moralisch zu berücksichtigendes Wesen und nicht nur als gesellschaftliche Konventionen oder theoretisch abgeleitete Normen, dann ist ethisch die Wahrnehmung in dem Maße für die Ethik relevant, wie ihre Bedeutung veranschlagt wird. Hans Jonas' Aufforderung „Sieh hin und Du weißt"[3] gilt eben dann, wenn das Erkennen des Gegenübers wesentlicher Teil des ethischen Bezuges ist.

Das Mikroskop zeigt uns mit dem frühen Embryo ein Objekt, dass es bis vor kurzem für die menschliche Erfahrung überhaupt nicht gab.[4] Mit Ausbleiben der monatlichen Blutung konnte eine Frau vormals vermuten, dass sie schwanger sei. Der Embryo selbst jedoch war dabei unsichtbar und erst in moderner Zeit ist er durch diverse bildgebende Verfahren in vivo und in vitro immer sichtbarer geworden. Moderne visualisierende Apparate machen ihn als eigenständiges Lebewesen sinnlich wahrnehmbar – schon in seinen ersten Entwicklungsmonaten. Diese Erfahrbarkeit hat dazu geführt, dass der Zeitpunkt, ab dem der Embryo als eigenständiges Lebewesen und damit als Gegenstand moralischer Berücksichtigung gilt, heute früher angesetzt wird. Auch die theologischen Bemühungen über die Jahrhunderte, zu bestimmen, ab wann das von den Eltern gezeugte und durch Gottes Schöpfungsakt mit der Geistseele begabte Lebewesen im Mutterleib eine eigene Person sei, zeigen diese Tendenz. Heute

3 H. JONAS: Das Prinzip Verantwortung (1989), S. 235.

4 Barbara DUDEN hat sich mit der Geschichte der Wahrnehmung des Schwangerschaftszustandes befasst und mit der Veränderung der Einstellung zum Embryo durch moderne medizinische Visualisierungstechniken. Siehe B. DUDEN: Geschichte unter der Haut (1987) und dies.: Disembodying Woman (1993).

fällt für die meisten Theologen die Beseelung mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle oder der Nidation zusammen, während in der aristotelisch-thomasischen Tradition der katholischen Theologie diese erst 40 bzw. 90 Tage nach der Empfängnis angesetzt wurde.[5]

Die heutigen Kenntnisse über den Zeugungsvorgang und die Embryonalentwicklung werfen die Frage, ab wann und wie wir den Beginn der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens ansetzen sollten, vor dem Hintergrund neuer moralischer Problemstellungen in neuer Weise auf. Denn die Potentiale der Embryonenforschung, die Möglichkeiten der Klonierung und Keimbahntherapie etc. stellen uns vor die Aufgabe, unser menschliches Selbstverständnis und das Verhältnis, in das wir uns zu unserer eigenen und der uns umgebenden Natur setzen, erneut zu überdenken und zu bestimmen.

Wie sich das menschliche Selbstverständnis durch neue Technologien wandelt, ist für jede ethische Urteilsbildung zu modernen Technologieentwicklungen eminent wichtig. Jede Weltsicht und Methode ist eine spezifische Weise, uns als Menschen zu der uns umgebenden Natur und Kultur ins Verhältnis zu setzen. Wie wir dabei andere Lebewesen, Tiere oder Menschen betrachten, einbeziehen oder benutzen, bestimmt die ethische Qualität, das gelebte Selbstverständnis als Menschen. Wie lässt sich das implizite Selbst- und Weltverständnis, das einer bestimmten Technologie oder Technik inhärent ist, und die Mikroskopie ist in diesem Sinne eine Technik, wie auch die Stammzellforschung, herausfinden?

Bestimmte technische Methoden legen bestimmte Bezugsweisen auf ihre Gegenstände nahe und verstellen tendenziell andere. Durch das Mikroskop sehen 8-Zeller aus wie 8-Zeller und nur unter Hinzunahme anderer Wissensdimensionen wird es möglich, die Unterscheidung zwischen einem Mäuseembryo und einem menschlichen in den realen oder vorgestellten Blick durch das Mikroskop kognitiv mit einzuschließen. Der Blick durch das Gerät ist selbst vermeintlich ethisch neutral gegenüber seinem Gegenstand.[6] Das moralisch Relevante am menschlichen Embryo wird gerade nicht sichtbar. Ethisch, also für den Umgang mit dem 8-Zeller, ist aber entscheidend, welchen moralischen Status wir ihm zubilligen, und dieser scheint wiederum mit der Wahrnehmungweise des Embryos zusammenzuhängen.

5 Siehe dazu der Artikel „Beseelung" im Lexikon für Theologie und Kirche (^{3}1994), Sp. 311/312.

6 Siehe dazu erkenntnistheoretische Überlegungen zum Mythos der naturwissenschaftlich neutralen Perspektive bei Donna HARAWAY, die diese Vision der neutralen Visualisierung durch die Apparate kritisiert.

4. „Zellhaufen" oder „interagierender Zellverband"?

Die vermittelnde Apparatur Mikroskop, die uns den Blick auf das Objekt erst ermöglicht, neutralisiert den 8-Zeller als ethisches Objekt. Das zeigt sich auch in den metaphorischen Begriffen, mit denen wir ihn benennen: Ich möchte kurz auf gängige Bezeichnungen für das mikroskopierte Objekt, den frühen Embryo, eingehen und auf die Unterschiede in der ethischen Einstellung, die sich darin jeweils ausdrücken.

Zwei Ausdrücke sind in der Biologie gebräuchlich: „Zellhaufen" und „interagierender Zellverband". Vom *Zellhaufen* zu sprechen beschreibt wohl am exaktesten, was tatsächlich nur mit dem Auge zu sehen ist. Die Rede vom *interagierenden Zellverband* fügt diesem visuellen Eindruck anderweitiges Wissen über das Objekt hinzu, nämlich dass es keineswegs wild wuchert, sondern regelmäßige und von der ganzen Zellumgebung abhängige, differenzierte Entwicklungen stattfinden. Das jedoch zeigt der einzelne Blick, die Momentaufnahme der Mikroskopsicht nicht. Wiederum etwas anderes würde es bedeuten, vom 8-Zeller als von einem „menschlichen Embryo" zu sprechen. Im Begriff Embryo ist schon mitgedacht, was aus diesen Zellen einmal werden könnte, so sie sich ohne Störungen weiter entwickeln dürfen in der Form, zu der sie tendieren. Dass die Existenzweise dieser Zellen in vitro als solche schon dieser natürlichen Entwicklung entgegensteht und diese nur noch mittels weiterer technischer Eingriffe des Menschen möglich wird, zeigt, dass das ganze Problem technikinduziert ist. Macht es denn Sinn, vom menschlichen 8-Zeller so zu sprechen, als sei er auf eine natürliche Entwicklung hin angelegt, wenn er doch aus den Lebensbedingungen, innerhalb derer diese überhaupt nur stattfinden könnte, herausgelöst ist? Die Zeugung in vitro stellt den historischen Brennpunkt in diesem Problemfeld dar, da sie und nicht erst die Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik oder der Stammzellforschung das ethische Problem des Embryos unter künstlichen Bedingungen aufwirft. Es sind also zwei Aspekte, die den Status des frühen Embryos so heikel machen: die vermittelte sinnliche Wahrnehmung, die uns nichts anderes sehen lässt als einen 8-Zeller, und die Tatsache, dass sich bei einem Objekt, das seiner natürlichen Lebensumgebung entrissen ist, nicht voraussetzungslos davon reden lässt, wie seine natürliche Entwicklung wäre oder zu sein habe.

5. Objektivität als Neutralität. Die „wissenschaftliche" Perspektive

Da auch ethische Überlegungen nur dann überzeugen, wenn sie plausibel gemacht werden können, ist es wichtig, sich im Zusammenhang mit der Stammzellforschung und dem ethischen Problem der Embryonenforschung darüber klar zu werden, wie die Naturwissenschaft und das Leitbild der Objektivität ihrer Erkenntnisse in die ethischen Fragen hineinreichen. Denn die sinnliche Evidenz, dass ein menschlicher 8-Zeller unter dem Mikroskop eben auch nur wie ein 8-Zeller aussieht und gerade nicht als besonderer Gegenstand moralischer Rücksicht wahrnehmbar ist, lässt sich aus unserer Alltagsbeurteilung der Embryonenforschung nicht so einfach tilgen. Etwas mit moralisch großer Bedeutung auszustatten, dem diese Bedeutung in keiner Weise anzumerken ist, ist kontraintuitiv. Dementsprechend wird von Forschern und Forscherinnen, aber auch der Öffentlichkeit auf die sinnlich wahrnehmbaren Eigenschaften des Objekts 8-Zeller bzw. deren Fehlen verwiesen, um die Unplausibilität der Regelungen des ESchG zu betonen – Mikroskopaufnahmen von Ein- oder Mehrzellern schmücken entsprechende wissenschaftliche Beiträge um Plädoyers für die Lockerung des ESchG zu stützen, während Fotos von weiter entwickelten Feten kritische Artikel in ihrer Aussagekraft stärken sollen.[7]

Die Naturwissenschaft ist bis heute in weiten Kreisen ihrer Vertreter davon überzeugt, dass sie neutral beobachte und nüchterne Einblicke erlaube, wo früher undurchschautes Dunkel und Aberglaube herrschten. Den Blick durch das Mikroskop auf den frühen Embryo in diesem Sinne zu verstehen, hieße akzeptieren, dass es eine solche neutrale, moralfreie Sicht auf die Dinge geben kann, und dass die Apparate der naturwissenschaftlichen Forschung diese gewähren. Donna HARAWAY nennt diese Vision der naturwissenschaftlich neutralen Sichtweise einen „göttlichen Trick" und betont dagegen die Perspektivität und Gerichtetheit jedes konkreten, realen Blicks:

> „Jede Perspektive weicht unendlich beweglichen Visionen, die den göttlichen Trick, alles von nirgendwo sehen zu können, nicht länger als mythisch erscheinen lässt, sondern den Mythos zur alltäglichen Praxis gemacht hat."[8]

7 Zur Wirkung und dem gezielten Einsatz von Bildmaterial bei der publizistischen Darstellung wissenschaftlicher Forschungen, bes. der Genforschung, siehe Chr. SCHWARKE: Die Kultur der Gene (2000), S. 113 ff. Der Artikel zur Embryonenforschung mit dem Bild des Fetus ist erschienen in Süddeutsche Zeitung Nr. 225, 1996.

8 D. HARAWAY: Situiertes Wissen (1996), S. 225.

Keine Sichtweise ist ethisch neutral, weil jede ein bestimmtes Verhältnis Beobachter – Gegenstand impliziert. Auch die technischen Visualisierungsapparaturen stellen solche Verhältnisse her – selbst wenn deren ethische Dimension geleugnet wird.

Ich teile die wissenschaftstheoretische Kritik, dass es irreführend ist, die naturwissenschaftliche Beobachtung so zu sehen, als ließe sie ihre Gegenstände unverändert. Es gibt nicht den Gegenstand an sich, den man unter dem Mikroskop einfach so betrachten könnte. Insbesondere der Embryo muss für solche Beobachtung in spezifischer Weise erzeugt werden. Die Dinge sind nicht als solche objektiv mit Apparaten beobachtbar da, sondern die Zurichtung für die Mikroskopie ist selbst schon eine bestimmte Umgangsweise mit den Dingen.

Etwas mikroskopierbar zu machen setzt voraus, sich so darauf zu beziehen, als sei es für die Beobachtung des Objekts irrelevant, ob man es aus seiner natürlichen Umgebung herausreißt, zerlegt, einfärbt etc. Zumindest geht man davon aus, dass solche Behandlungsverfahren das Objekt nicht in einer Weise verändern, die sich auf die Untersuchungsergebnisse in einer nicht genau bestimmbaren Art auswirkt. Das Verhältnis zur Welt und zu den Dingen darin, zu denen auch unser Körper und der frühe Embryo gehören, wird in diesem Fall als eines gefasst, in dem sich ein Beobachter sachlich seinem Gegenstand gegenüber verhalten kann und die Ergebnisse der konkreten Untersuchung objektiv sind zumindest in dem Sinne, dass jeder Beobachter bei gleicher Vorgehensweise die gleichen Ergebnisse erhielte. Es ist also keine besondere Beziehung zwischen dem Beobachter und seinem Gegenstand, sondern eine von individuellen Bedeutungsgebungen etc. freigestellte. Der Beobachter verschwindet als ethisches Subjekt und damit wird auch die ethische Neutralität seines Gegenstandes besiegelt.

6. Metaphorisches Sprechen und seine ethischen Gehalte

Diese Vorstellung von der *Neutralität der wissenschaftlichen Forschung* und ihrer Konstruktion des Verhältnisses Beobachter – Gegenstand als einem gegenseitiger Nichtbeeinflussung ist tief in unser Alltagsdenken und unser Sprechen über uns und unser Verhältnis zu uns selbst eingelassen. Ich möchte das im Folgenden an zwei Beispielen verdeutlichen, daran, wie wir über unseren Körper zu sprechen pflegen und daran, wie eine gängige wissenschaftliche Bestimmung der Eigenschaften von Stammzel-

len diese auffasst. Beide Sprechweisen sind metaphorisch und es sind die Bedeutungen und die impliziten Gehalte der gewählten Metaphern, deren Analyse den ethischen Gehalt der Bezugnahme, die sie darstellen, erschließt. Das setzt aber voraus, dass es keine ethisch wirklich neutrale Art zu sehen und zu sprechen gibt, sondern nur ethische Bedeutungen eher forcierende oder verleugnende Sprechweisen.

Das *erste Beispiel* ist die Art und Weise, wie wir die Beziehung des Menschen zu dem *Körper*, der er doch auch ist, beschreiben. Wir sagen üblicherweise: Der Mensch hat einen oder seinen Körper. Das suggeriert, dass der Mensch und sein Körper als zwei getrennte bzw. zumindest trennbare Dinge erfahren werden. Hermann SCHMITZ beschreibt das Verhältnis des Subjekts zu seinem Körper als eine bewegliche Beziehung in einem Kontinuum, das von den Polen personale Regression und personale Emanzipation gebildet werde.[9] Die Betonung der einen Seite dieses Kontinuums, nämlich des Besitzverhältnisses und der Verfügung über den Körper, ist charakteristisch für unsere Zivilisation und einer ethischen Kritik wert. Wir *haben* eben nicht nur einen Körper, sondern wir *sind* selbst dieser Körper. Die philosophische Anthropologie befasst sich im 20. Jahrhundert intensiv mit dieser Sichtweise des Körpers und ihrem Verhältnis zu den kulturell dominierenden Formen des Natur- und Weltbezuges.[10]

Sie beschreibt die Rede vom Körper-Haben dabei als keineswegs ethisch neutral und betont ihre ideologische Funktion für den Selbst- und Weltbezug unserer Zivilisation. Parallel liegen die Probleme in der Rede davon, dass jemand Schmerzen habe. Bis zu einem gewissen Grad der Schmerzempfindung mag diese Formulierung dem Erleben des Leidenden wohl gerecht werden. Doch wir wissen, dass es hier einen Umschlagspunkt gibt, bzw. dass sich die Grenze zwischen dem Ich des Leidenden und dem Schmerz auflöst, wenn der Schmerz zu heftig wird: Dann verschwimmen Ich und Schmerz, – eine Erfahrung, die vor allem auch von Folteropfern beschrieben wird.[11] Die Schmerztherapie in Deutschland kämpft darum, die Persönlichkeit des Kranken medikamentös aus dem Schmerz herausholen zu dürfen.

9 H. SCHMITZ: System der Philosophie. Bd. III: Der Leib (1965).

10 Siehe H. PLESSNER: Die Stufen des Organischen und der Mensch (1975); H. SCHMITZ: System der Philosophie. Bd. III: Der Leib (1965); G. BÖHME: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht (1985).

11 Siehe dazu z. B. J. TIMERMAN: Wir brüllten nach innen (1982); J. P. REEMTSMA: Folter (1991); K. MILLETT: Entmenschlicht (1993); E. SCARRY: Der Körper im Schmerz (1992).

Das *zweite* nun nicht dem alltäglichen Sprachgebrauch, sondern der Wissenschaftssprache entnommene *Beispiel* ist eine gängige Beschreibung der *Stammzellen*. Es ist üblich zu sagen: *„ES-Zellen sind potentiell unsterblich und unbegrenzt vermehrungsfähig."* Diesen metaphernreichen Satz möchte ich nun auf seine ethischen Implikationen und deren mögliche Funktionen hin befragen.

Der Satz „Stammzellen sind potentiell unsterblich und unbegrenzt vermehrungsfähig" ist eine subjektivierende Beschreibung der Eigenschaften der Stammzellen, die diesen eine eigene Lebendigkeit zuspricht. „Unbegrenzt vermehrungsfähig" ist ein in der Laborsprache gängiges Synonym für lebendig, doch während zur menschlichen Lebendigkeit die Sterblichkeit gehört, sind die embryonalen Stammzellen „potentiell unsterblich", also diesem Existenzial lebendigen Seins nicht unterworfen. Stammzellen wird eine „Lebendigkeit" zugesprochen, die unter bestimmten Umständen nicht enden muss. Die Metapher „Unsterblichkeit" schließt dabei an eine menschliche Sehnsucht an, die eigentlich im Kontext mythischer und religiöser Weltbilder ihren Platz hat. Doch lebendige Organismen leben nicht ewig. Darum ist das Attribut „potentiell" zu dem „unsterblich" wichtig. Auch embryonale Stammzellen sind nicht „unsterblich", solange sie in ihrem natürlichen Umfeld belassen sind. In diesem teilen sie sich und differenzieren zu einem Organismus aus, der als solcher sterblich ist. „Potentielle Unsterblichkeit" können sie nur unter Laborbedingungen entwickeln, also infolge gezielter menschlicher Aktivität. Ebenso sind sie nicht etwa aus sich selbst heraus „unbegrenzt vermehrungsfähig", sondern auch das können sie nur in vitro und nur unter ganz bestimmten Umweltbedingungen werden, nämlich bei regelmäßigen Eingriffen des Menschen in ihren Teilungsprozess. Es schiene also dem Geschehen der Laborvermehrung angemessener zu sagen, dass embryonale Stammzellen „potentiell unbegrenzt vermehrbar" seien, und auf den Begriff „unsterblich" zu verzichten.

Für die ethische Frage als eine nach den Wertungen, die in der Bezugnahme auf das Objekt enthalten sind, ist es wichtig, darüber nachzudenken, warum solche metaphorisch aufgeladenen Begriffe in der naturwissenschaftlichen Sprache gewählt werden. In der Formulierung „potentiell unsterblich und unbegrenzt vermehrungsfähig" schwingt vieles mit, was sich erst der genaueren Analyse erschließt. Diese Redeweise hat einen stark gefühlsgeladenen Subtext, der in innerem Widerspruch zum Leitbild der Neutralität der Naturwissenschaft steht.

Die Subjektivierung der embryonalen Stammzellen hat vermutlich ihre Bedeutung darin, die Aktivität der Forscher gleichsam unsichtbar zu machen, sie treten als Forschende hinter die Potentiale ihrer Gegenstände zurück. Diese Marginalisierung der eigenen Tätigkeit durch Überhöhung des Objekts dürfte dazu dienen, das invasive Eingreifen in natürliche Abläufe, hier z. B. der menschlichen Befruchtung und der Entwicklung des frühen Embryo, vergessen zu lassen – was in einer Gesellschaft, die gegenüber solchen Eingriffen in die Natur und besonders in die Grundlagen des menschlichen Lebens ein ambivalentes Verhältnis hat, auch eine Art des Selbstschutzes darstellt. Es wird der Eindruck erweckt, es seien die Stammzellen selbst, die bestimmte Untersuchungs- und Handlungsweisen nahe legen. Doch den Forschungsgegenstand früher Embryo in vitro gibt es eben nicht ohne menschliches Zutun.

7. Die ethische versus die wissenschaftliche Herangehensweise

In Diskussionen über den moralischen Status des Embryos habe ich oft gehört, dass das, was man unter dem Mikroskop sieht, der Gegenstand an sich sei – in all seiner wirklichen Undifferenziertheit. Das hingegen, was manche Menschen aus bestimmten Interessen heraus in dieses Objekt hineinlesen oder ihm zusprechen, nämlich z. B. seine besondere Schutzwürdigkeit als Mensch oder gar als aus den eigenen Keimzellen erzeugtes genetisch eigenes Kind, seien moralisch bedeutsame Zugaben, die dem an sich neutralen Objekt embryonaler Zellverband hinzugefügt würden.

Wenn jedoch die moralische Bedeutsamkeit von etwas, also auch menschlichem Leben, daran hängt, dass einzelne ihm mehr oder weniger idiosynkratische Bedeutungen verleihen, dann liegt die moralische Relevanz aller Dinge nicht in ihnen selbst, sondern ist zugeschrieben. Aus dieser Sicht sieht es so aus, als seien die Werte, die wir z. B. im Leben anderer Menschen achten, eben nicht diesen Menschen selbst inhärent, sondern sie werden eingeräumt und das, so wird zumeist im gleichen Atemzug vermutet, aus bestimmten Interessen heraus. Diese Interessen sind nun als indirekte Selbsterhaltungsinteressen etc. formuliert worden, sie können auch darin bestehen, menschliches Leben als heilig anzusetzen und damit eine bestimmte – z. B. religiöse – ethische Haltung gegenüber der Welt zu stärken. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Voraussetzung, dass das Objekt selbst ethisch neutral ist, eine Tendenz etabliert, alle Wertzuschreibungen an es als interessengeleitet zu interpre-

tieren. Diese Interessen, welche es auch sein mögen, sind dann maßgeblich für die Beurteilung und den moralischen Status auch eines Menschenlebens bzw. des frühen Embryos.

Es zeigt sich also, dass eine bestimmte Art, auf Dinge und Menschen zu blicken, das, was an ihnen ethisch relevant ist, nicht in Erscheinung treten lässt und dessen Wahrnehmung verstellt oder sogar verunmöglicht, wenn diese Blickrichtung als primäre oder eigentliche angesetzt wird. Das Mikroskop ist nur einer von vielen Apparaten und visuellen Einstellungen, die nach Meinung der meisten Menschen die Eigenschaft haben, einen neutralen Blick zu erlauben. Es macht den 8-Zeller als moralisch zu berücksichtigenden Gegenstand ebenso unsichtbar wie den erwachsenen Alzheimer-Patienten.

Es ist eine andere Art zu sehen, die die Erfahrung des Gegenübers eines anderen Menschen (oder Tieres) von der Erfahrung des Embryos in der Petrischale signifikant unterscheidet.[12] Nur dem entsprechend wahrnehmungsbereiten Blick – und ich denke, dass der Blick der Ärztin, des Arztes, die sich als Helfende sehen, gerade ein solcher Blick ist – erscheint die Wirklichkeit und die ethische Bedeutung, das Wertvolle an dem Menschen, der uns gegenübertritt.[13]

Die Identität des Arztes, soweit sie sich über die Hilfeleistung definiert, ist grundlegend ethisch in diesem Sinne ausgerichtet, dass ihr Verhältnis zu den Kranken als eines gefasst wird, das diese als wertvoll an sich setzt – wenn auch durch die Kompetenzunterschiede und die Compliance-Anforderung nicht ungebrochen. Soweit sich die ärztliche Identität jedoch am Selbstverständnis moderner Medizin als objektiver, neutral beschreibender Naturwissenschaft mit allen gängigen Unterstellungen, die diese Beschreibung impliziert, orientiert, steht eine ganz andere Bezugnahme auf Welt im Vordergrund dieser Identität.

Die *beiden Identitätsmodelle*, die sich hier im Widerspruch befinden, sind für die einzelnen Individuen als grundlegend verschiedene zumeist nicht wahrnehmbar. Sie zeigen sich in der Diskussion als oberflächlicherer Widerspruch, nämlich dann, wenn forschende Ärzte ihre Patienten ins Spiel bringen und anführen, dass der Embryonenschutz aus ihrer ethischen Sicht keine Priorität gegenüber deren Heilungsansprüchen haben könne. Und tatsächlich liegt zwischen diesen beiden Konkurrenten um Le-

12 Siehe dazu H. JONAS: Das Prinzip Verantwortung (1989), S. 234 – 236; E. LÉVINAS: Totalität und Unendlichkeit (21993), Kap. III B.

13 Siehe dazu M. HAUSKELLER: Die Wirklichkeit des anderen (2001).

bensschutz eine sehr klare Differenz vor, nämlich die zwischen einem persönlich bekannten anderen Menschen und dem nicht individuierten 8-Zeller, der nur mittels Mikroskop überhaupt wahrgenommen werden kann.

8. Es geht um eine fundamentale Entscheidung

Leider lassen die ethischen Beurteilungsprobleme, vor die uns die geschaffenen Tatsachen stellen, nämlich dass es Embryonen in der Petrischale gibt, keine einfache und generelle Lösung der beschriebenen moralischen Dilemmata und ethischen Fragen, die damit zusammenhängen, zu. Es wäre nicht vertretbar, zu argumentieren, dass das, was wir nicht als ethisch relevant wahrnehmen und sehen können, eben ethisch nicht zu berücksichtigen und darum die Embryonenforschung freizugeben sei. Die Dominanz der naturwissenschaftlichen Weltsicht, deren visualisierende und vermittelnde Apparaturen uns viele Begegnungen und Erfahrungen verstellen, auch z. B. in der modernen medizinischen Diagnostik, würde dadurch als moralisch verbindliche Haltung eingeführt, obwohl sie weder wissenschaftstheoretisch noch ethisch begründet ist. Die Alternative wäre, wie im ESchG einen Damm aufzurichten, der, ob die ethische Relevanz des 8-Zellers nun wahrgenommen wird oder nicht, bestimmte Handlungs- und Umgangsweisen kategorisch untersagt. So verfahren wir in unserer Strafgesetzgebung generell: Das *Tötungsverbot* etwa hängt nicht davon ab, ob ich den anderen konkret als wertvolles Lebewesen erlebe. Nicht das situative Wahrnehmungsvermögen einzelner entscheidet über die juristische Zulässigkeit ihrer Handlungen. Wenn nicht jeder tun können soll, was er persönlich für ethisch vertretbar hält, müssen wir solche Vorgehensweisen im Prinzip befürworten.

Wichtig ist mir, die Skepsis gegenüber Weltsichten, die sich selbst für moralisch neutral erklären, und ihre grundlegende Differenz zu ethischen Denk- und Herangehensweisen präsent zu halten. Vor diesem Hintergrund muss jede und jeder einzelne sich entscheiden, welche Bezugnahme auf das Objekt Stammzelle sie oder er vertreten kann – auch wenn die Gesetzeslage in diesem Punkt gegenwärtig keine Handlungsfreiheit einräumt. Eine solche individuelle Entscheidung muss, wenn sie ethisch begründet sein will, im Bewusstsein ihrer Relevanz für die öffentliche Meinungsbildung getroffen werden und mit der Bereitschaft, sie in die öffentliche Diskussion zu diesen Fragen, die bisher viel zu wenig differenziert und ehr-

lich geführt wird, einzubringen. Es geht in diesen Fragen immer um mehr, als auf den ersten Blick kenntlich ist, um unser individuelles und kulturelles Selbstverständnis und um die Maßstäbe und Normen, die unser Zusammenleben prägen.

Zusammenfassung

HAUSKELLER, Christine: **Die Stammzellforschung und das ärztliche Selbstverständnis zwischen wissenschaftlicher und ethischer Perspektive,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 367 – 383

Der moralische Status des frühen Embryos bzw. die Therapieansprüche Kranker stehen im Zentrum der ethischen Diskussion zur Stammzellforschung in Deutschland. Zentral ist die Frage, ob der Embryo wie ein Mensch vor Fremdnutzung geschützt werden sollte. Die mikroskopisch vermittelte, künstliche Laborsituation ist die Bedingung der Wahrnehmung und Verfügung über menschliche 8-zellige Embryonen. Methodisch und weil wir technisch konstruierte Objekte für moralisch neutrale zu halten gewohnt sind, wird dem 8-Zeller unter dem Mikroskop keine ethische Bedeutung zugemessen. Ausdrücke wie „Zellhaufen" und „interagierender Zellverband" bringen unterschiedliche Wertungen für den Embryo zum Ausdruck. In verschiedenen Sicht- und Sprechweisen sind je spezifische moralische Bewertungen eines Gegenstandes impliziert. Es gibt keinen neutralen Blick, nur einen neutralisierenden. Darum sollte angesichts der Forderung nach Abschwächung des umfassenden Rechtsschutzes für Embryonen in Deutschland die inhärente Moral jeder Stellungnahme insbesondere auch vor dem Horizont der mit ihr in der Folge verbundenen kulturellen Praktiken wohl bedacht werden.

Stammzellforschung
Bioethik
Ethische Implikationen metaphorischer Sprechweise

Summary

HAUSKELLER, Christine: **Stem cell research and medical self-conception between scientific and ethical perspective,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 367 – 383

The moral status of the early embryo and, respectively, the therapeutic claims of patients are the focus of ethical discussions about stem cell research in Germany. What is being heatedly debated is the question whether the embryo, like man, is to be protected against potential misuse. The artificial lab situation as provided by the microscope is the precondition for making out and deciding what to do with human eight-cell embryos. Methodically, and because we usually consider technically constructed objects as morally neutral, the eight-cell embryo as seen under the microscope is not attached ethical importance to. Terms like „cell pile" and „interactive cell formation" express somewhat different valuations of the embryo. The different ways of judging and speaking about an object also imply different moral judgements. A neutral judgement isn't possible, just a neutralizing one. This is why in view of the claim for a moderation in the extensive legal protection concerning embryos in Germany the inherent morality of any statement given in this context should be carefully considered, especially as far as the possible cultural practices resulting from it are concerned.

Stem cell research
Bioethics
Ethical implications of metaphorical language

Literatur

BÖHME, Gernot: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. – Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1985.

DUDEN, Barbara: Geschichte unter der Haut. – Stuttgart: Klett-Cotta, 1987.

DUDEN, B.: Disembodying Woman. Perspectives on Pregnancy and the Unborn. – Harvard University Press, 1993.

HARAWAY, Donna: Situiertes Wissen (1988). Dt. in: Elvira Scheich (Hg.): Vermittelte Weiblichkeit. – Hamburg: Hamburger Ed., 1996.

HAUSKELLER, Michael: Die Wirklichkeit des anderen. – München: C. H. Beck, 2001 (im Druck).

HÜBNER, Jürgen/ZIMMERMANN, Miriam: Wann ist ein Mensch ein Mensch? Streit um den Beginn des Lebens. Vortrag auf dem 27. Deutschen evangelischen Kirchentag. – Leipzig, 1997.

JONAS, Hans: Das Prinzip Verantwortung. – Frankfurt/M.: edition suhrkamp, 1989.

Lexikon für Theologie und Kirche. – 3., völlig neu bearb. Aufl. – Freiburg i. Br. u. a.: Herder, 1994.

KUMMER, Christian: Biomedizinkonvention und Embryonenforschung. Wieviel Schutz des menschlichen Lebensbeginns ist biologisch angemessen? In: A. Eser (Hg.): Biomedizin und Menschenrechte. Die Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin. Dokumentation und Kommentare. – Frankfurt a. M.: Knecht, 1999.

KUMMER, Christian: Was man aus Embryonen machen kann. Über Wert und Verwertung menschlicher Stammzellen. In: Stimmen der Zeit; 217 (1999) 3.

KUMMER, Christian: Stammzellkulturen – ein brisantes Entwicklungspotential. In: Stimmen der Zeit; 218 (2000) 8.

LÉVINAS, Emanuel: 1980: Totalität und Unendlichkeit. – Freiburg i. Br.: Alber, ^{2}1993.

MILLETT, Kate: Entmenschlicht. – Hamburg: Junius, 1993.

PLESSNER, Helmuth: Die Stufen des Organischen und der Mensch. – Berlin: de Gruyter, 1975.

REEMTSMA, Jan Philipp: Folter. – Hamburg: Junius, 1991.

SCARRY, Elaine: Der Körper im Schmerz. – Frankfurt/M.: S. Fischer, 1992.

SCHMITZ, Herrman: System der Philosophie. Bd. III: Der Leib. – Bonn: Bouvier, 1965.

SCHWARKE, Christian: Die Kultur der Gene. Eine theologische Hermeneutik der Gentechnik. – Stuttgart: Kohlhammer, 2000.

TIMERMAN, Jacobo: Wir brüllten nach innen. Folter in der Diktatur heute. – Frankfurt/M.: S. Fischer, 1982

Dr. Christine Hauskeller, Institut für Theologie und Sozialethik,
Hoffmannstr. 6, D-64283 Darmstadt

INFORMATIONSSPLITTER

2001 - EUROPÄISCHES JAHR DER SPRACHEN

Der Europarat hat das Jahr 2001 zum *Europäischen Jahr der Sprachen* erklärt. Die EU will auf Vorschlag der Kommission Maßnahmen für den Erwerb von Sprachkenntnissen fördern, die alle Amtssprachen sowie Irisch und Lëtzebuergesch zum Gegenstand haben.

In der EU gibt es 11 Arbeitssprachen, wobei jeder Bürger der Mitgliedstaaten das Recht auf Information und Anhörung in seiner je eigenen Sprache hat. Dies bedeutet einen immensen Übersetzungsbedarf innerhalb der Union, der vom *Übersetzungsdienst der Kommission* (SdT) zu decken ist. Dieser ist in Fachgruppen unterteilt, die sich auf die Übersetzung von Dokumenten in bestimmten Bereichen spezialisiert haben.

Jede Fachgruppe besteht aus 11 Referaten, denen jeweils 20 Mitarbeiter angehören, die ausschließlich in ihre Muttersprache übersetzen. Voraussetzungen sind: Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates, Hochschul- oder gleichwertiger Abschluss, perfekte Beherrschung der Muttersprache sowie umfassende Kenntnisse in mindestens zwei weiteren EU-Amtssprachen. Für Ihre Qualifikation durchlaufen die Anwärter im Schnitt ein acht- bis zehnmonatiges Auswahlverfahren. Hochschulabsolventen wird auch die Möglichkeit fünfmonatiger Praktika geboten.

Eine kostenlose, in allen Amtssprachen erhältliche Broschüre informiert über den Übersetzungsdienst und das Arbeitsumfeld. Zu beziehen bei:

Peter Aurø, SdT AGL-1, C-80 02/42, rue de la Loi 200, B-1049 Brüssel, Fax (32-2) 29-64270
E-Mail: peter.auro=cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/sdt/en/index.html

Aus: EUR-OP News (2000) 1, S. 14

ETHICA; 8 (2000) 4, 385 – 404

GIOVANNI MAIO

ZUR PHILOSOPHIE DER NUTZEN-RISIKO-ANALYSE IN DER ETHISCHEN DISKUSSION UM DIE MEDIZINISCHE FORSCHUNG

PD Dr. Giovanni Maio, geb. 1964, Studium der Medizin, Philosophie, Geschichte und Rechtswissenschaft in Freiburg, Strassburg und Hagen, 1990 freier Mitarbeiter an der Forschungsstelle für Ethik und Recht in der Medizin in Freiburg, 1990 – 1995 internistische Facharztausbildung, 1995 – 1997 Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und des Krankenhauswesens in Aachen, seit 1997 Mitarbeiter am Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität Lübeck, 2000 Habilitation für das Fach „Ethik und Geschichte der Medizin" mit einer Arbeit über die Ethik der Forschung am Menschen.

1. Einleitung

Der Begriff des *Risikos* ist lange Zeit in der bioethischen Diskussion vernachlässigt worden. So ist es bemerkenswert, dass es mittlerweile Tausende von Publikationen gibt, die sich mit der Einwilligung der Versuchsperson befassen, doch nur einige wenige, welche die Nutzen-Risiko-Abwägung thematisieren. Diese nur rudimentäre Auseinandersetzung ist nun durchaus verständlich, stellt schließlich die Bewertung von Risiko und Nutzen eine äußerst schwierige Angelegenheit dar, die sich nicht so leicht in anwendbare Skalen hineinpressen lässt. Bei der Betrachtung des Risikos als zentralem Beurteilungsparameter für die ethische Legitimierung von Versuchen stößt man auf *vier* völlig unterschiedliche Probleme. Das *erste* Problem besteht in der Benennung und Definierung von Risiken, das *zweite* bezieht sich auf die Feststellbarkeit und Quantifizierbarkeit von Risiken, während das *dritte* Problem das der Risikowahrnehmung ist, und erst als *viertes* die ethische Bewertung eines Risikos zum Tragen kommt. In meinem Beitrag möchte ich den Schwerpunkt auf die vierte Ebene legen und den Begriff des minimalen Risikos näher beleuchten, da dieses für die Diskussion um die Forschung am Menschen von zentraler Bedeutung ist.

2. Bewertung von Risiken, oder: Was ist ein minimales Risiko?

Bernhard IRRGANG hat in seinem bemerkenswerten Buch zur Forschungsethik mit Recht darauf hingewiesen, dass das wesentliche Problem, das sich aus dem Umgang mit dem Risiko ergibt, nicht in erster Linie in der Quantifizierbarkeit zu sehen ist.[1] Für die ethische Bewertung des Risikos ist ebenso die Frage nach der Zumutbarkeit bzw. Akzeptabilität eines Risikos von zentraler Bedeutung. Und der Begriff des minimalen Risikos drückt genau diese Grenze der *Zumutbarkeit* aus, denn der Ausdruck „minimales Risiko" heißt implizit nichts anderes als „tolerables Risiko". Daraus wird deutlich, dass wir es hier mit einem nicht nur beschreibenden Begriff zu tun haben, sondern vor allem mit einem normativen Begriff.[2] Nun ist die Zumutbarkeit eines Risikos nicht mit der tatsächlichen gesellschaftlichen Akzeptanz eines Risikos identisch, denn diese Akzeptanz korreliert nicht mit dem faktischen Risiko, sie hängt vielmehr von der Wahrnehmung eines Risikos ab.[3] IRRGANG spricht hier von „intuitiver Risikobeurteilung" und betont, dass eine solche soziale Akzeptanz mit ethischer Legitimation nicht zwangsläufig deckungsgleich sein müsse.[4] Dies bedeutet, dass nicht jeder allgemein akzeptierte Versuch gleichsam ethisch akzeptabel sein muss und dass umgekehrt nicht jeder ethisch akzeptable Versuch auch in der Gesellschaft als akzeptabel gelten muss. Wenn die Zumutbarkeit nicht zwangsläufig mit der Akzeptanz eines Risikos in der Gesellschaft korreliert, so stellt sich die Frage, anhand welcher Parameter man diese Zumutbarkeit dann festzumachen habe.

Wenn man nun statt der gesellschaftlichen Akzeptanz das so genannte „minimale Risiko" als Leitschiene nähme, so wäre damit nicht viel gewonnen. Denn mit dem Begriff ist zum einen das Moment der gesellschaftlichen Wahrnehmung keineswegs ausgeblendet, und zum anderen stellt der Rekurs auf diesen Begriff lediglich eine semantische Verschiebung des Problems dar. Das „minimale Risiko"[5] sagt von sich aus nur wenig aus; es erhält seine Konturen erst, wenn wiederum die Parameter festgelegt werden, die dieses minimale Risiko definieren sollen.

1 Bernhard IRRGANG: Forschungsethik, Genethik und neue Biotechnologie (1997).

2 Zur Risikobewertung siehe näher Mary GIBSON: Quantified risk assessment (1987).

3 B. IRRGANG: Forschungsethik, Gentechnik und neue Biotechnologie (1997), S. 145.

4 Ders., ebd., S. 146.

5 Der Begriff des minimalen Risikos hat zwar weite Verbreitung gefunden. Synonym werden in einigen Dokumenten die Begriffe *negligible risks* (British Medical Research Council, 1991) oder *low risks* (Council for International Organizations of Medical Sci-

3. Das Risiko des „täglichen Lebens" als Parameter?

Der Belmont Report von 1978 hat das minimale Risiko definiert als „die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß eines körperlichen oder seelischen Schadens, wie er im täglichen Leben oder in der medizinischen, zahnmedizinischen bzw. psychologischen Untersuchungsroutine auftritt"[6]. Auch das „Department of Health and Human Services" kommt 1981 in Anlehnung an den Belmont Report zu einer ähnlichen Definition, die sich am Begriff des „täglichen Lebens" orientiert: „Minimales Risiko bedeutet, dass die vorhersehbaren Risiken, welche die Studie mit sich bringt, in Wahrscheinlichkeit und Ausmaß nicht größer sind als jene, die für gewöhnlich im täglichen Leben oder während körperlicher oder psychologischer Routineuntersuchungen bzw. Tests auftreten."[7]

Doch mit dieser Definition ist das Problem noch nicht gelöst. So stellt sich abermals die Frage, anhand welcher Parameter man nun das *tägliche Leben* festmachen wolle. Ist mit täglichem Leben das Leben einer Sekretärin, eines Profifußballspielers oder eines Piloten gemeint? Wie schwierig eine solche Ausrichtung am täglichen Leben für die Praxis sein kann, zeigt sich allein daran, dass dieser Satz vielfältig zu interpretieren ist. Denn die Risiken, die „für gewöhnlich im täglichen Leben auftreten", können drei Bedeutungen haben. Es können damit gemeint sein:

1) alle Risiken, denen der Durchschnittsmensch begegnet
2) die Risiken, denen alle Menschen im Durchschnitt begegnen
3) die minimalen Risiken, denen alle Durchschnittsmenschen im Durchschnitt begegnen.

L. M. KOPELMAN hat in einer Arbeit von 1989 aufgezeigt, dass alle drei Interpretationsweisen größte Probleme mit sich bringen.[8] Nimmt man nämlich alle Risiken, denen sich der Durchschnittsmensch aussetzt, so

ences, 1993) oder auch *no serious risks* (Law Reform Commission of Canada, 1989) verwendet.

6 The National Commission (1978), S. 2.15: „... the probability and magnitude of physical or psychological harm encountered in the daily lives, or in the routine medical, dental, or psychological examination of healthy persons".

7 U.S. Department of Health (1981), S. 8386: „Minimal risk means that the risks anticipated in the proposed research are not greater, considering probability and magnitude, than those ordinarily encountered in daily life or during the performance of routine physical or psychological examinations or tests."

8 Loretta M. KOPELMAN: When is the risk minimal enough for children to be research subjects? (1989)

müsste man auch jene mit berücksichtigen, die sich aus dem Autofahren, dem Fliegen, dem Fußballspielen ergeben. Doch diese könnten weder als minimal bezeichnet werden noch könnten sie als Maßstab für die Bestimmung eines Risikos bei wissenschaftlichen Versuchen fungieren, da sie damit nicht vergleichbar wären. Das Problem bei der zweiten Variante besteht in der faktischen Unmöglichkeit, die Risiken angeben zu wollen, denen sich alle Menschen im Durchschnitt aussetzen, weil wir diese Risiken nicht definieren, geschweige denn quantifizieren können. Und selbst wenn wir es könnten, wäre es dann nicht sinnvoller, die Risiken des einzelnen Versuchs zu bestimmen als die Risiken aller Menschen? Die dritte Variante schließlich leidet unter einem tautologischen Fehlschluss, denn sie versucht das minimale Risiko mit dem minimalen Risiko des Durchschnittsbürgers zu definieren, und das macht freilich keinen großen Sinn, weil unter dieser Tautologie immer noch nicht klar wäre, was denn minimales Risiko zu bedeuten hätte.

So sehr der Versuch, das minimale Risiko an die Risiken des alltäglichen Lebens zu binden, Eingang in verschiedenste Kodizes gefunden haben mag, er erscheint am Ende nur wenig hilfreich, ja geradezu inadäquat und fast schon gekünstelt, denn es ist keine logische Verbindung herzustellen zwischen den Risiken des Alltages und dem Risiko, durch eine Teilnahme an einer Studie einen Schaden davonzutragen. Dies zeigt sich allein schon an dem Gedankenspiel, dass ja der Begriff des alltäglichen Lebens und des Durchschnittsmenschen ohne Referenz auf eine bestimmte Gruppe gar nicht auskommt, denn man kann schlechterdings die ganze Welt und alle Lebensstandards zu einem Durchschnitt zusammenrechnen. Man muss sich also immer auf eine bestimmte Gruppe, auf eine bestimmte Region festlegen. Je nachdem aber, wie diese Festlegung erfolgt, erscheint eben ein minimales Risiko in Kalkutta durchaus höher als in Kopenhagen. Folgt man der Definition des minimalen Risikos, so müsste man sagen, dass es gerechtfertigter wäre, eine risikobehaftete Studie mit einem Kind in Kalkutta durchzuführen als mit einem Kind in Kopenhagen. Und dies macht freilich keinen Sinn. Dass diese Argumentation jedoch keineswegs so abwegig ist, zeigt die Reaktion der *Willowbrook-Forscher*. Denn diese haben ihre Versuche an den Heiminsassen u. a. mit dem Argument gerechtfertigt, dass die von ihnen mit Hepatitisstuhl gefütterten Kinder einem geringeren Risiko ausgesetzt worden seien als die anderen Kinder in dem von Seuchen heimgesuchten Heim. – Der Rückgriff auf die alltäglichen oder durchschnittlichen Risiken ist somit nicht nur wenig hilfreich, er kann mehr als inadäquat sein.

Doch der Bezug auf das alltägliche Leben oder den Durchschnittsmenschen ist ja nur ein Teil der zitierten Definition des minimalen Risikos. Der zweite Definitionsteil vergleicht das minimale Risiko mit den Risiken, die bei diagnostischen oder therapeutischen Verfahren im Rahmen der normalen Heilbehandlung auftreten. Für den so genannten therapeutischen Versuch bestünde die Möglichkeit, das „minimale Risiko" mit dem Risiko gleichzusetzen, das mit der Behandlung verbunden wäre, der sich der Patient im Falle einer Nichtteilnahme an der Studie aussetzen würde.[9] Doch auch dieser Vergleich stößt auf Widersprüchlichkeiten, denn es gibt so viele Untersuchungen und Therapien des Klinikalltags, die bei vielen Menschen derartige Ängste auslösen und auch stellenweise höchst risikobehaftet sind, dass es ungerechtfertigt erscheint, alle denkbaren Belastungen des klinischen Alltags einfach als minimale Risiken zu bezeichnen.[10] Auch der Rekurs auf die „Standardrisiken" ist somit kein sehr hilfreicher.

4. Der Begriff der „bloßen Unannehmlichkeit" als Alternative?

Robert J. LEVINE hat den Vorschlag gemacht, statt des minimalen Risikos den Begriff der sogenannten *mere inconvenience*, der bloßen Unannehmlichkeit, als Legitimierungsgrenze zu nehmen.[11] Diese Terminologie hätte den Vorteil, dass in ihr bereits der Bezug zur speziellen Lebenssituation des je Einzelnen stärker zum Ausdruck käme. Außerdem wären mit „Unannehmlichkeit" die gängigsten Belastungen, die mit wissenschaftlichen Versuchen einhergehen, treffender beschrieben als mit dem Begriff des Risikos bzw. des damit ausgedrückten Schadens. Denn der Terminus des „minimalen Risikos" impliziert semantisch immer auch ein Stück Gefahr, und wenn man bedenkt, dass mit diesem Begriff Inhalte wie Urinuntersuchungen, Mituntersuchungen von Blut oder gar Langeweile oder Zeitverlust gemeint sind, dann erscheint diese Konnotation zur Gefahr wenig adäquat. Allein auf der konnotativen Ebene wäre der Begriff der Unannehmlichkeit daher vorzuziehen. Dieser hat einerseits einen engeren semantischen Hof als das Risiko; vor allem aber ist der Begriff der Unannehmlichkeit weniger negativ besetzt als der Begriff des Risikos.

Ob die Unannehmlichkeit dem Begriff des minimalen Risikos definitiv vorzuziehen ist, muss dennoch fraglich bleiben, denn die bloße Unan-

9 Diese Auffassung vertreten z. B. Donald EVANS und Martyn EVANS: A decent proposal (1997), S. 67.

10 Siehe auch hierzu Loretta KOPELMAN: When is the risk minimal enough (1989).

11 Robert J. LEVINE: The role of assessment of risk (1986), S. 40f.

nehmlichkeit hat den großen Nachteil, dass sie sich nur auf eine Variable bezieht, nämlich den Grad eines bestimmten Schadens. Der Begriff des minimalen Risikos hingegen reflektiert zwei Variablen, den Grad eines Schadens und die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens.[12] Nun ist es von wesentlicher Bedeutung für die Bewertung der Forschungsrisiken, hervorzuheben, dass es hierbei immer nur um Potentialitäten von Schaden geht und nicht um faktischen Schaden. Und wenn ein Begriff diesen Aspekt der Potentialität nicht enthält, so ist dies eine gravierende semantische Verschiebung, die unangebracht wäre, denn damit wäre eine Definitivität von Schaden nahe gelegt, die es bei keinem Versuch geben kann. Daher erscheint uns das minimale Risiko als der vielschichtigere und damit auch differenziertere Begriff. Allenfalls müsste man hier von potentieller oder wahrscheinlicher Unannehmlichkeit sprechen, und dies ist freilich wenig handhabbar.

5. Das minimale Risiko als relationaler Begriff

Das Grundproblem, das sich bei der Ermittlung des so genannten „minimalen", d. h. „tolerablen Risikos" ergibt, ist die Unvermeidbarkeit subjektiver Elemente. Diese Subjektivität kommt auf zwei Ebenen zum Tragen. Die erste Ebene betrifft die Orientierung des „Tolerablen" an den eigenen Wünschen oder Abneigungen. Ein Risiko ist dann für die Versuchsperson nicht tolerabel, wenn es beispielsweise die Realisierung bestimmter Wünsche behinderte oder an spezielle persönliche Aversionen anknüpfte. Nun kann es keine objektiven Parameter geben, anhand derer solche Momente wie Wünsche und Aversionen bestimmt werden könnten. Diese Festlegung ist ein vornehmlich subjektiver Vorgang. Doch die Subjektivität ragt auch auf einer zweiten Ebene in die Entscheidung hinein, denn nicht nur die Definition von Wünschen und Aversionen obliegt der Subjektivität, sondern gleichsam die Parameter, anhand derer diese Momente gegeneinander aufgewogen werden. Der Abwägungsprozess ist kein rein rationales Ausbalancieren; gerade in diesen Prozess der Abwägung fließen in den meisten Fällen Momente wie Hoffnungen, Ängste und persönliche Überzeugungen hinein, so dass nicht nur die Präferenzen als solche, sondern auch der Prozess des Abwägens mit größter Subjektivität behaftet sind.[13]

12 Siehe hierzu Benjamin FREEDMAN/Abraham FUKS/Charles WEIJER: In loco parentis (1993), S. 14.

Aber es sind nicht nur die subjektiven Elemente, die eine Konturierung des minimalen Risikos erschweren. Was genauso schwer wiegt, ist die Überlegung, dass das Risiko nicht nur von der einzelnen Person abhängt, sondern gleichsam vom gesamten Kontext, in dem dieses Risiko auftritt. Eine Blutabnahme beispielsweise kann nicht schlechthin als minimales Risiko eingestuft werden. Die Subjektgebundenheit der Definition resultiert daraus, dass ein Kind oder ein Patient mit Alzheimer-Demenz eine Blutabnahme durchaus als große Belastung empfinden kann. Die grundsätzliche Kontextgebundenheit des minimalen Risikos kommt in diesem Beispiel darin zum Ausdruck, dass eine Blutabnahme je nach Situation durchaus auch als großes Risiko eingestuft werden kann. Allein der Kontext gibt hier vor, zu welcher Kategorie die Blutabnahme gehört. Denn eine Blutabnahme bei einem Markumarpatienten ist beispielsweise etwas anderes als eine solche bei einem gesunden Probanden, und dies ganz unabhängig von der subjektiven Bewertung der Abnahme. Gleichermaßen ist eine Blutabnahme in einem Krankenhaus eher mit einer Infektionsgefahr verbunden als eine Blutabnahme in der freien Praxis; und die Gefahr eines durch die Blutabnahme hervorgerufenen Hämatoms hängt wiederum von der Erfahrung oder der Disposition des Abnehmers ab wie von der Situation, in der diese Abnahme erfolgt. Denn eine Blutabnahme unter Notfallbedingungen ist durchaus risikoreicher als eine Routineblutabnahme im täglichen Stationsbetrieb.

Gerade das minimale Risiko ist ein relationaler und kontextgebundener Begriff, und es wird schwer sein, minimale Risiken schablonenhaft festzulegen. Letztlich wird jede wie auch immer definierte Schwelle, ab der ein Risiko akzeptabel sein soll, eine Grenze sein, die nur aufgrund von Urteilen abgesteckt werden wird und nicht aufgrund von Zahlen.

Diese Überlegungen sind insofern von Bedeutung, als wir daraus schlussfolgern können, dass man *nie zu einer objektiven Methode gelangen wird, um ein minimales Risiko zu definieren.* Hier wird man freilich einwenden können, dass es doch bei aller Subjektivität dennoch möglich ist, bestimmte Risiken zu definieren, die auf alle Fälle nicht akzeptabel sind. Man wird einwenden können, dass die Statistik wenn auch nicht einen Punkt, so zumindest einen bestimmten mehr oder weniger breiten Bereich angeben kann, innerhalb dessen sich die Schadenswahrscheinlichkeit bewegt. Beide Einwände sind berechtigt und sie machen deutlich, dass die Risikoanalyse trotz aller Einschränkungen ein wertvolles Instrument

13 Siehe hierzu näher James HUMBER/Robert ALMENDER: Quantitative risk assessment (1987), S. 242f.

bleibt. Was zur Debatte steht, ist eben nicht die grundsätzliche Nützlichkeit dieses Instruments, sondern der Grad der Aussagekraft, die man der Statistik zuschreiben will. „Nützlich" ist die Auseinandersetzung mit Schwellenwerten und mit minimalen Risiken gerade aus dem Grund, weil dies eine genauere Beleuchtung zumindest jener Argumente und Parameter ermöglicht, anhand derer man überhaupt zu einem konsistenten Urteil über tolerable Risiken kommen kann.

6. Praktische Schwierigkeiten

Soweit einige theoretische Vorbemerkungen zum Risiko-Begriff in der medizinischen Forschung, die wir im Folgenden durch Überlegungen ergänzen wollen, welche die Schwierigkeit der Anwendung des Risiko-Begriffs verdeutlichen sollen.

a) Dem Risikobegriff inhärente subjektive und normative Vorgaben

Wenn wir betonen, dass in die Risikoanalyse immer subjektive und normative Entscheidungen mit einfließen, so heißt dies zunächst dreierlei nicht. Es heißt nicht, dass jede Risikoanalyse deswegen nutzlos wäre. Es heißt nicht, dass dies schädlich sein muss. Und es heißt nicht, dass subjektive Momente mit normativen Momenten gleichgesetzt werden dürften. Eine subjektive Entscheidung kann wertfrei erfolgen, genauso wie ein Werturteil ein objektives Urteil sein kann. Doch bleiben wir zunächst bei der Subjektivität.

Der Begriff der *Risikoermittlung* suggeriert zwar Objektivität, doch de facto kann eine Aussage über Risiken nur aus einer Mischung von objektiven und subjektiven Elementen bestehen. Diese subjektiven Elemente ragen beispielsweise dann in die Risikoermittlung hinein, wenn es um die Frage der Relevanz geht bzw. um die Frage, was denn überhaupt als Risiko gewertet werden soll.[14] Will man also Forschungsrisiken ermitteln, so müsste zunächst geklärt werden, welche Symptome überhaupt für eine Risikoanalyse von Bedeutung sind, und diese vorausgehende Definition ist keine naturwissenschaftliche, sondern eine normative Definition. Aber nicht nur die Festlegung der Risiko- bzw. der Schadensart, sondern auch die Festlegung der Grenze, ab der ein Schaden überhaupt als solcher be-

14 Siehe hierzu Dale HATTIS/John A. SMITH: What's wrong with quantitative risk assessment? (1987), S. 61.

wertet werden soll, ist das Produkt einer Wertentscheidung. Jedes festgelegte Risiko ist ein selektiertes Risiko, jedes Risiko ist das Korn, das vom Sand ausgesiebt wird. Ob es nur ein Korn oder mehrere Körner sein werden, die das Sieb nicht passieren, hängt von der Feinheit der Poren ab, und die Bestimmung dieser Poren, das Festlegen eines bestimmten Schwellenwertes – das ist das nicht-objektive und normative Element der Risikoermittlung.[15] Die Entscheidung, ob ein Symptom als Risiko gewertet werden soll oder nicht, wird aufgrund von Wertzuweisungen fallen und nicht aufgrund von Statistiken.[16] Daher kann es eine rein objektive und völlig wertfreie Risikoermittlung nicht geben – zum einen, weil der Wissenschaftler selbst sich von subjektiven Entscheidungen nicht freimachen kann; zum andern, weil die Risikoermittlung und vor allem die Risikobewertung nicht dem Wissenschaftler allein überlassen werden kann. Für die Risikobewertung wäre beispielsweise die Sicht des Laien nicht weniger bedeutungsvoll als jene des Experten.

All diese Überlegungen machen deutlich, dass es sich beim Begriff des *Schadens* – ähnlich wie beim Begriff des minimalen Risikos – um einen kontextgebundenen Begriff handelt, der nicht als eigenständige Größe gehandhabt werden kann, sondern dessen Bedeutung eben vom jeweiligen Kontext abhängt. Nehmen wir das Beispiel des Hustens. Ob der durch eine Arzneimittelprüfung ausgelöste Husten als Schaden gewertet werden kann, hängt freilich davon ab, wer diesen vermeintlichen Schaden erleidet. Ein Patient mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung wird den Husten anders werten als ein zwanzigjähriger gesunder Proband. Nehmen wir den Hautschnitt. Auch das Beispiel des Hautschnittes zeigt auf, wie sehr die Definition des Schadens vom Kontext abhängt. Denn in Kulturen, wo der Hautschnitt als Initiationsritus etabliert ist, dort wird er von der Bevölkerung nicht als Schaden gewertet werden. Mag er objektiv eindeutig als Schaden bezeichnet werden können, so unterliegt die subjektive Schadensbewertung offensichtlich soziokulturellen Deutungsmustern. Denn der Hautschnitt ist gemessen an der Kategorie der physiologischen Funktionseinschränkung sehr wohl ein Schaden, während er gemessen an der sozialen und psychischen Kategorie je nach Kultur keinen Schaden

15 Siehe hierzu auch William E. STEMPSEY: Disease and diagnosis (1999).

16 Ein Beispiel hierfür wäre die Frage, ob der durch ein Medikament ausgelöste Husten ein Schaden sein soll. Abgesehen davon, dass eine solche Entscheidung nicht kontextfrei gefällt werden kann, so ist der Husten als solcher nicht für sich genommen schon ein so unbestrittener Schaden wie beispielsweise ein Hautschnitt. Hier also kann keine Statistik weiterhelfen, hier wird mithilfe von Werten entschieden werden müssen.

darstellt. Die Kontextgebundenheit des Schadens- bzw. Risikobegriffs betrifft damit insbesondere die subjektiven Schadensformen, weniger die objektiven.

Was bedeutet all dies? Allein die Erkenntnis, dass der Risikobegriff zwangsläufig ein wertbeladener, ein relationaler und kontextgebundener Begriff bleibt, ist nicht weiter beklagenswert, denn auch ein aufgrund von Wertzuweisungen entstandener Risikobegriff kann ein tauglicher Referenzpunkt sein. Entscheidend ist das Bewusstsein um diese normative Komponente, damit der Umgang mit dem Risiko frei bleibt von Verabsolutierungstendenzen.

Diese Überlegungen betreffen freilich nicht den Risikobegriff allein; letztlich ist die Wertbeladenheit des Risikos nur ein Ausdruck dafür, dass die Wissenschaft an sich keine wertfreie Unternehmung ist. Dies klingt auf den ersten Blick widersprüchlich, denn der Begriff des Werturteils wird meist mit Gefühl und Emotion konnotiert. Abgesehen davon, dass auch und gerade Gefühle zur Erklärbarkeit bestimmter Phänomene beitragen können, muss hervorgehoben werden, dass Wertentscheidungen nicht zwangsläufig emotional getragene Entscheidungen sein müssen. Hier unterscheidet die englische Sprache zwischen „evaluating" und „valuing", zwischen „beurteilen" und „bewerten". So lässt sich beispielsweise die Funktionsfähigkeit eines Computers danach beurteilen, wie schnell er eine bestimmte Aufgabe lösen kann. Die Geschwindigkeit ist der Parameter, anhand dessen die Funktionsfähigkeit gemessen werden kann. Dies wäre eine kognitive Beurteilung einer charakteristischen Fähigkeit des Computers, und diese Beurteilung erfolgt auf rein kognitiver Basis und ohne die Implikation von Gefühlen. Anders ist es nun mit der Bewertung der Funktionsfähigkeit als solche. Wollte man also danach fragen, ob speziell diese eine charakteristische Aufgabe des Computers wirklich ein Gut an sich sein soll oder ob nicht andere Fähigkeiten „wertvoller" wären, so ragen nun in diese Beurteilung subjektive und emotionale Momente hinein, weil sich diese Beurteilung nun nicht mehr auf ein Faktum (Schnelligkeit), sondern auf eine mehr oder weniger subjektive Bewertung bezieht.

Uns erscheint genau diese Frage wesentlich, weil im Umgang mit der Forschung am Menschen immer wieder der Einwand geäußert wird, dass doch jede Nutzen-Risiko-Analyse am Ende nur subjektiv und daher nicht verwertbar sei. Bedenkt man diese Differenzierung von „evaluating" und „valuing", so wird deutlich, dass eine solche Kritik gegenstandslos ist, zumindest in ihrer absoluten Form. In die Risikoabschätzung ragen freilich subjektive und normative Momente hinein, aber wollte man sie als rein

willkürliche Urteile abtun, so würde man ihr – wie wir am Beispiel der Bewertung von Wissenschaft erläutert haben – nicht gerecht werden.[17]

b) Der Risikobegriff und ontologische Vorverständnisse

Es ist nicht nur die Subjektivität, die in die Risikoermittlung hineinragt. Hinzu kommen *ontologische Vorgaben*, wie sie die wissenschaftliche Methode selbst mit sich bringt. Wenn wir einen Wissenschaftler bitten, die mit einem Versuch verbundenen Risiken zu benennen, so kann dieser nur jene Risiken benennen und quantifizieren, die er mit seiner wissenschaftlichen Methode erfassen kann. Freilich lassen sich auch Kopfschmerzen wissenschaftlich erfassen und ebenso Übelkeit, aber solange der Wissenschaftler mit seiner Risikoermittlung allein bleibt, wird sein Risikospektrum zwangsweise begrenzt bleiben, weil subtilere Größen und Symptome durch die wissenschaftlichen Instrumente methodisch nicht erfasst werden. Deswegen hängt die Risikoermittlung in den meisten Fällen von methodisch bedingten ontologischen Vorgaben ab, die zwangsläufig mit sich bringen, dass jeweils nur ein Ausschnitt der gesamten Risikopalette erfasst wird. K. SHRADER-FRECHETTE hat diesen Umstand sehr treffend mit folgenden Worten zusammengefasst: „Um zu wissen, welche Daten zu erfassen sind, wie zahllose Fakten in ein praktikables Modell gefasst werden sollen und wie angesichts aller Unbekanntheiten extrapoliert werden soll, um all das festzulegen, sind zahlreiche Wertentscheidungen zu treffen."[18]

c) Grundsätzliche Unsicherheit

Gerade das Beispiel der *Medikamentenprüfungen* macht deutlich, dass der Ersteinsatz eines Arzneimittels am Menschen immer mit Unwägbarkeiten verbunden ist, die der Tierversuch nie ganz eliminieren kann. Denn irgendwann ist immer der erste Einsatz beim Menschen, und die daraus resultierenden Nebenwirkungen können zwar in den meisten Fällen von den bei Tieren aufgetretenen Nebenwirkungen extrapoliert werden, doch am Ende ist jeder erste Einsatz am Menschen ein mit größten Unsicherheiten verbundener Einsatz. Dies nicht nur, weil die menschliche Physiologie

17 Siehe hierzu näher Kristin SHRADER-FRECHETTE: Values, scientific objectivity, and risk analysis (1987).

18 Dies., ebd., S. 152: „Knowing which data to collect, how to simplify myriad facts into a workable model, and how to extrapolate because of unknowns all require one to make numerous value judgements."

von jener der Tiere abweichen kann, sondern auch weil der Mensch Unwohlsein empfinden kann, das bei Tieren nicht messbar ist. Die Geschichte der Medikamentenprüfungen ist gespickt mit vielen Überraschungen, und es wäre unangemessen, beim Ersteinsatz von Medikamenten von abwägbaren Risiken zu sprechen. Diese grundsätzliche Unsicherheit gehört zu den kaum überwindbaren ethischen Problemen, mit denen sich die Arzneimittelprüfung konfrontiert sieht.

d) Vielfältigkeit der zu berücksichtigenden Faktoren

Wie schwierig die Evaluierung von Risiken ist, lässt sich am Beispiel des *physischen Risikos* verdeutlichen, und dies obwohl das physische Risiko das noch am leichtesten evaluierbare ist. Doch die Komplexität auch dieses Risikos macht sich bemerkbar, wenn man darüber nachdenkt, welche Parameter in die Abschätzung dieses Risikos hineinragen müssten, denn es würde nicht genügen, allein die Wahrscheinlichkeit und die Schwere des zu befürchtenden Schadens auszumachen. Von wesentlicher Bedeutung wäre noch die Dauer des Schadens nach Beendigung des Versuchs. Berücksichtigung müsste überdies der Faktor der Reversibilität genauso finden wie die Möglichkeiten der Früherkennung des Schadens; und auch die Möglichkeiten der Behebung des Schadens wären nicht unerheblich für die Evaluierung des Risikos eines Versuchs.[19] Mit diesen sechs Faktoren (a. *Wahrscheinlichkeit*, b. *Schwere*, c. *Dauer*, d. *Reversibilität*, e. *Früherkennung*, f. *Behebung des Schadens*) ist wiederum nur ein Teil der Momente benannt, die in die Evaluierung des physischen Schadens hineinragen, und der physische Schaden ist, wie gesagt, der noch am einfachsten zu fassende. Daher erscheint der Schluss gerechtfertigt, dass allein die Komplexität der zu evaluierenden Faktoren den Begriff des Risikos zu einem schwierigen macht.

e) Risiko des Unterlassens

Die Komplexität der Evaluierung von Risiken in der Forschung wird noch dadurch verstärkt, dass bei kontrollierten Studien das mit der Studie verbundene Risiko nicht nur aus dem Risiko besteht, der sich aus dem Versuch selbst ergibt. Vielmehr muss hier auch der potentielle Schaden mit berücksichtigt werden, der sich aus dem *Aussetzen* der Standardtherapie ergibt. Testet man beispielsweise ein neues Medikament an einem Patien-

19 Siehe Näheres hierzu bei Robert LEVINE: The role of assessment (1978).

ten und setzt dies anstelle des erprobten Medikaments ein, so besteht der potentielle Schaden nicht nur aus den möglichen Nebenwirkungen des unerprobten Medikaments, sondern auch aus den Folgen, die sich aus dem Absetzen des erprobten Medikaments ergeben könnten. Selbst wenn man das unerprobte Medikament nur additiv zur Standardtherapie einsetzen sollte, so bleibt dasselbe Problem dann bestehen, wenn die Kontrollstudie eine Placebogabe notwendig macht. Und noch komplexer wird die Evaluierung ab dem Moment, wo wir es mit einem Doppelblindversuch zu tun haben, denn hier kommt zu der Gefahr, die sich aus dem Fehlen des Medikaments ergibt, noch eine andere hinzu, die in die Risikobeurteilung mit einfließen muss, und zwar die Gefahr, dass die Versuchsperson in eine Notfallsituation hineingeraten könnte, aus der heraus es schädlich sein könnte, nicht zu wissen, unter welchem medikamentösen Einfluss sie steht. Dies bedeutet also, dass der *Doppelblindversuch* völlig unabhängig von der jeweiligen Intervention an sich schon ein höheres Risiko beinhaltet als die Versuchsaufbauten, bei denen die applizierte Substanz bekannt ist.

Auf der anderen Seite bedeutet *Risiko des Unterlassens* aber auch, dass es verkürzt wäre, wollte man die Vornahme eines Versuchs als Risiko bezeichnen und das Unterlassen eines Versuchs als Unterlassen von Risiko bewerten. Diese Argumentation würde außer Acht lassen, dass das Verzichten auf einen Versuch genauso mit Risiken verbunden sein kann wie das Vornehmen, allerdings mit Risiken nicht für die spezifisch einzelne Versuchsperson, sondern z. B. für zukünftige Patienten.

f) Das Studienrisiko ist nicht additiv

Ein anderes grundsätzliches Problem im Umgang mit der Evaluierung des Risikos besteht darin, dass das Risiko, das durch die Teilnahme an einem Versuch eingegangen wird, nicht einfach zu den Risiken des gewöhnlichen Lebens oder jenen einer Heilbehandlung hinzukommt. Ein Proband, der sich einer Studie unterzieht, läuft in der Zeit, in der er sich im Labor aufhält, beispielsweise nicht Gefahr, von einem Auto überfahren zu werden, und umgekehrt trägt der Patient, der an einer Studie nicht teilnimmt, nicht zwangsläufig ein geringeres Risiko als sein Bettnachbar, der in eine solche eingeschleust wird. Denn durch die Teilnahme an der Studie entzieht sich der Patient möglicherweise den Risiken, die mit der Heilbehandlung verbunden sind. Das Risiko, das mit der Teilnahme an einem Experiment verbunden ist, muss somit mit jenem verrechnet werden, das sonst eine Therapie oder die Verrichtungen des Alltags mit sich bringen würde.

Und dieser Abgleich macht es besonders schwer, bestimmten Versuchen eine standardisierte Risikoskala zuzuordnen.[20]

g) Schwierige Frage der Kausalität

Wenn ein Pharmakologe eine Studie über zwei noch unerprobte Herzpräparate, wie z. B. über zwei ACE-Hemmer, durchführt, und im Laufe dieser Studie erleiden zwei von 25 Patienten einen Herzinfarkt, so sagt dies allein nichts über das mit den Medikamenten verbundene Risiko aus, weil die Kausalität zwischen neuem ACE-Hemmer und Herzinfarkt zunächst nicht geklärt ist. So können die Herzinfarkte eher der spezifischen Art des Patientenkollektivs zuzuschreiben sein als der Wirkung des Medikaments. Andererseits müsste hier geklärt werden, ob der Herzinfarkt nicht indirekt Folge des Versuches sein könnte, weil dieser möglicherweise mit einer Medikamentenumstellung verbunden ist, die eine derartige Wirkung entfalten könnte.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass ein Problem bei der Ermittlung und Bewertung von Risiken darin bestehen kann, dass es oft schwierig ist, die Kausalitätskette eines Schadens auszumachen. Bekommt ein Patient während einer Studie Herzrhythmusstörungen, so können diese entweder durch den Studienaufbau selbst oder auch nur akzidentell aufgetreten sein. Doch was ist akzidentell? Im Grunde wäre es ja durchaus vorstellbar, dass die veränderte psychische Verfassung des Patienten oder die studienbedingte Abwesenheit von der Familie zu entsprechenden Symptomen prädisponieren könnte. Auch aus diesem Beispiel wird deutlich, dass es letztlich nicht immer möglich sein wird, einen klaren Kausalitätszusammenhang herzustellen.

7. Implikationen für den Begriff der Nutzen-Risiko-Analyse[21]

a) Epistemologische Überlegungen

Die philosophischen Schwierigkeiten, die sich aus einer Verschmelzung von Risiko und Nutzen ergeben, lassen sich auf zwei Ebenen beschreiben. Zum einen stellt sich die Frage, ob überhaupt Kopfschmerzen gegen Fie-

20 Siehe hierzu Benjamin FREEDMAN u. a.: In loco parentis (1993).

21 Zur Nutzen-Risiko-Analyse siehe Bernard BARBER: Some perspectives on the role of assessment of risk (1978).

berfreiheit aufgerechnet werden können. Handelt es sich hier um Größen, die einen gemeinsamen Bezugspunkt haben, anhand dessen man einen Vergleich starten könnte? Doch dies ist nur das eine philosophische Problem. Noch gravierender ist die Überlegung, dass Risiko und Nutzen von der Bedeutung her nicht auf der gleichen Stufe stehen. Denn Nutzen ist von der Sache her greifbar, ja im Grunde real, während das Risiko nur die Potentialität eines Schadens darstellt und nicht den Schaden selbst. Wenn man also von Nutzen-Risiko-Analyse spricht, so suggeriert man damit, dass es sich um zwei reale Größen handelte, doch dies ist nicht der Fall. Man vergleicht damit vielmehr eine Wahrscheinlichkeit mit einer Tatsache – vorausgesetzt natürlich, dass der Nutzen überhaupt so sicher angenommen werden kann. Die Praxis sieht zwar anders aus, aber allein vom Terminus her impliziert Nutzen eine tatsächliche Größe, und daher wäre Nutzen allenfalls mit Schaden vergleichbar, jedoch nur schwerlich mit Risiko.

Wie sehr sich die Tatsache von der Wahrscheinlichkeit einer Tatsache unterscheiden kann, lässt sich daran verdeutlichen, dass Wahrscheinlichkeit nicht nur statistische Wahrscheinlichkeit heißt. Wäre dem so, dann könnte man eine Vergleichbarkeit von Nutzen und Risiko allein dadurch erreichen, dass man Risiko aufteilte in statistische Wahrscheinlichkeit multipliziert mit dem Schaden. Doch Wahrscheinlichkeit ist mehr als nur statistische Wahrscheinlichkeit. In den Begriff der Wahrscheinlichkeit mischen sich gleichsam subjektive Momente, die an Vermutungen und Erwartungen gekoppelt sind und nicht an Statistiken. E. M. MESLIN teilt den Begriff der Wahrscheinlichkeit in eine statistische und eine epistemologische Komponente.[22] Epistemologisch in dem Sinne als das Verständnis von Wahrscheinlichkeit immer auch an einen bestimmten Glauben an die Möglichkeit des Auftretens gekoppelt ist. Und dieser subjektive Glaube an die Möglichkeit des Auftretens ist gerade für die Bewertung des Risikos einer Studie von zentraler Bedeutung.

b) Semantische Überlegungen

Ein weiterer Einwand gegen die so genannte „Nutzen-Risiko-Analyse" bezieht sich auf die Sprache selbst. Denn dieser Ausdruck ist ja kein genuin für die ethische Bewertung der Forschung entwickelter, er ist ein importierter Ausdruck, importiert aus den Wirtschaftswissenschaften. Was mit

22 Siehe hierzu Eric M. MESLIN: Philosophical considerations about risk and risk assessment (1993), S. 40.

der Verwendung dieses Terminus geschieht, ist der Versuch, ein ethisches Problem mithilfe einer Wirtschaftssprache zu lösen. Allein die Auswahl der Sprache suggeriert damit, dass sich die mit der Forschung aufgeworfenen Probleme in irgendeiner Weise quantifizieren und gegeneinander abwägen lassen, eine Vorstellung, die – wie wir gesehen haben – irrig ist, und daher erscheint uns auch der präjudizierende Ausdruck der „Nutzen-Risiko-Analyse" für die Bewertung der Forschung unangemessen.[23]

c) Frage der Kommensurabilität

Die *Vergleichbarkeit* von Nutzen und Risiko ist auf zwei verschiedenen Ebenen in Frage zu stellen.[24] Die erste Ebene ist die Frage nach der Vergleichbarkeit verschiedener Schadensarten. Die zweite Ebene ist die Frage nach der Vergleichbarkeit einer Schadensart bei verschiedenen Personen.[25] Das erste Problem ließe sich beispielsweise durch eine Präferenzskala lösen, die jeder Einzelne für sich erstellen müsste. Durch eine solche Skala wäre es möglich, unterschiedliche Schadensarten vergleichbar zu machen, jedoch immer nur in Bezug auf die individuelle Einschätzung und nicht in Bezug auf eine „allgemein gültige" Skala. Die zweite Form der Inkommensurabilität von Risiko und Nutzen ist noch gravierender als die erste, weil letztlich nie vorausgesagt werden kann, wie eine andere Person einen bestimmten Eingriff bewerten wird. Hier kann nur die Anstrengung eine Hilfe sein, die darauf ausgerichtet ist, gruppenspezifische Wahrnehmungen von Risiken empirisch zu untersuchen. Es müsste verstärkt überprüft werden, wie bestimmte Patientengruppen spezifische Risiken und Nutzen wahrnehmen und bewerten. Nur auf dem Boden solcher empirischer Daten kann die grundsätzliche Schwierigkeit der Inkommensurabilität von Nutzen und Risiken etwas vermindert werden.

8. Schlussfolgerungen

Diese letzten Überlegungen machen deutlich, dass die *Nutzen-Risiko-Analyse* trotz aller Vorbehalte weder entbehrlich noch nutzlos zu sein braucht. Es gibt gute Gründe, die Nutzen-Risiko-Analyse weiterhin als ein

23 Siehe hierzu auch Tom L. BEAUCHAMP/James F. CHILDRESS: Principles of biomedical ethics (1983), S. 168.

24 Siehe Näheres bei Douglas MARTIN/Eric M. MESLIN/Nitsa KOHUT/Peter A. SINGER: The incommensurability of research risks and benefits (1995).

25 Dies., ebd.

Kriterium für die ethische Legitimität des Versuchs am Menschen zu betrachten, gute Gründe, die sich beispielsweise weniger auf das Ergebnis einer jeden Nutzen-Risiko-Analyse beziehen müssen als vielmehr auf das Verfahren selbst. Mag die Nutzen-Risiko-Analyse am Ende nur selten in der Weise realisierbar und quantifizierbar sein wie es der Ausdruck selbst nahe legt, so ist die Analyse für sich genommen und völlig unabhängig von der Verwertbarkeit ihres Ergebnisses etwas Wertvolles, denn die Analyse als solche hat eine sensibilisierende Funktion. Sie sensibilisiert für die Werthaltigkeit bestimmter Handlungen und fördert das Bewusstsein für die Inhärenz normativer Grundmuster in den Entscheidungen für oder gegen einen medizinischen Versuch.

Aber auch abgesehen von dieser edukativen Funktion lässt sich ja nicht leugnen, dass es für eine Entscheidungsfindung hilfreich sein kann, etwas über das Ausmaß bestimmter Risiken und bestimmter Nutzen zu wissen. Man kann noch so sehr betonen, dass man Äpfel nicht mit Birnen vergleichen soll, doch lässt sich auf der anderen Seite nicht von der Hand weisen, dass der Vergleich dann leichter fällt, wenn man wenigstens etwas über die Zahl und das Aussehen der Äpfel und Birnen weiß.[26] Was sich aus der Beschäftigung mit dem Begriff des Risikos und dem Hinweis auf dessen Relativität, Kontextgebundenheit und Normativität am Ende ergibt, kann somit weder Resignation sein noch die Notwendigkeit, von jedweder Nutzen-Risiko-Analyse Abstand zu nehmen. Wenn ich betont habe, dass es subjektive Elemente in der Risikoermittlung gibt, so bedeutet dies nicht, dass die gesamte Risikoanalyse subjektiv ist. Es ging mir in diesem Beitrag darum, den Blick dafür zu schärfen, dass nicht alles scheinbar Objektive auch tatsächlich diese Bezeichnung verdient. Denn nur unter Berücksichtigung dieser Erkenntnis kann ein sorgsamer Umgang mit Risikoanalysen möglich werden, ein Umgang, der die Grenzen der Aussagekraft bestimmter „statistischer" Daten im Auge behält und damit die Frage nach dem minimalen Risiko in der Forschung am Menschen zu dem macht, was sie ist, nämlich zu einer Frage der Ethik.

Zusammenfassung

MAIO, Giovanni: **Zur Philosophie der Nutzen-Risiko-Analyse in der ethischen Diskussion um die medizinische Forschung,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 385 – 404

Zu den grundlegenden Legitimitätsbedingungen einer Forschung am Menschen

Summary

MAIO, Giovanni: **Philosophical reflections on the concept of benefit-risk-analysis in the ethical discussion about medical research,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 385 – 404

A well-balanced benefit-risk-ratio is one of the central preconditions for the legiti-

26 Siehe hierzu Sir Edward POCHIN: Risk and medical ethics (1982).

gehört ein ausgewogenes Nutzen-Risiko-Verhältnis. Doch längst ist nicht geklärt, nach welchen Kriterien ein solches beurteilt werden soll. Hierbei ist man insbesondere auf den Begriff des minimalen Risikos angewiesen, der in diesem Beitrag unter epistemologischen und ethischen Gesichtspunkten untersucht wird. Es zeigt sich, dass der Begriff des minimalen Risikos als ein wertbeladener, relationaler und kontextgebundener Begriff zu verstehen ist, der letztlich von den methodisch bedingten ontologischen Vorgaben des Untersuchers abhängt. Aus dieser Überlegung heraus ist jede Risiko-Nutzen-Analyse nicht als „objektives" Instrument zu verstehen, sondern vielmehr als ein Unternehmen, das nicht frei ist von normativen Vorverständnissen. Auch wenn es pragmatische Gründe geben mag, weiterhin auf die Nutzen-Risiko-Analyse zurückzugreifen, so sollte jedoch die Inhärenz bestimmter Werthaltungen hierbei stets mitbedacht werden.

Minimales Risiko
Forschung am Menschen
Medizintheorie
Forschungsethik

macy of any research on human beings. Yet it is not clear on what grounds such a ratio is to be evaluated. In this one has to take into consideration the concept of minimal risk which is discussed in this paper from an epistemological as well as an ethical point of view. It turns out that the concept of minimal risk is to be understood as a value-laden, relational and contextual term which ultimately depends on the ontological guidelines of the researcher. From this it can be concluded that any benefit-risk-analysis is based on normative preconceptions rather than on „objective" terms. Even if there are pragmatic reasons for further making use of the benefit-risk-analysis, one should keep in mind that it is much more a product of ethics than of statistics.

Minimal risk
Research on human beings
Philosophy of medicine
Research ethics

Literatur

BARBER, Bernard: Some perspectives on the role of assessment of risk/benefit criteria in the determination of the appropriateness of research involving human subjects. In: The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Hg.): The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects in research. – Washington D. C.: DHEW Publications No. (OS) 78-0014, Appendix Vol II. 1978, 19.1 – 19.21.

BEAUCHAMP, Tom L./CHILDRESS, James F.: Principles of biomedical ethics. – New York; Oxford: Oxford University Press, 1983.

British Medical Research Council (Hrsg.): The ethical conduct of research on children. – London: Medical Research Council, 1991.

EVANS, Donald/EVANS, Martyn: A decent proposal. Ethical review of clinical research. – Chichester: John Wiley, 1997.

FREEDMAN, Benjamin/FUKS, Abraham/WEIJER, Charles: In loco parentis: minimal risk as an ethical threshold for research upon children. Hastings Center Report 23 (1993), 13 – 19.

GIBSON, Mary: Quantified risk assessment: Values in, values out? In: James M. Humber/Robert F. Almender (Hg.): Quantitative risk assessment. – Clifton, New Jersey: Humana Press, 1987, S. 171 – 203.

GLASS, Kathleen Cranley/SPEYER-OFENBERG, Marc: Incompetent persons as research subjects and the ethics of minimal risk. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 5 (1992) 3, 362 – 372.

HATTIS, Dale/SMITH, John A.: What's wrong with quantitative risk assessment? In: James M. Humber/Robert F. Almender (Hg.): Quantitative risk assessment. – Clifton, New Jersey: Humana Press, 1987, S. 57 – 105.

HUMBER, James/ALMENDER, Robert: Quantitative risk assessment and the notion of acceptable risk. In: James M. Humber/Robert F. Almender (Hg.): Quantitative risk assessment. – Clifton, New Jersey: Humana Press, 1987, S. 239 – 262.

HUMPHREYS, Paul: Philosophical issues in the scientific basis of quantitative risk analysis. In: James M. Humber/Robert F. Almender (Hg.): Quantitative risk assessment. – Clifton, New Jersey: Humana Press, 1987, S. 205 – 224.

IRRGANG, Bernhard: Forschungsethik, Gentechnik und neue Biotechnologie. Entwurf einer anwendungsorientierten Wissenschaftsethik unter besonderer Berücksichtigung von gentechnologischen Projekten an Pflanzen, Tieren und Mikroorganismen. – Stuttgart: S. Hirzel, 1997.

KOPELMAN, Loretta M.: When is the risk minimal enough for children to be research subjects? In: Loretta M. Kopelman/John C. Moskop (Hg.): Children and health care: Moral and social issues. – Dordrecht: Kluwer, 1989, S. 89 – 99.

LADIMER, Irving: Risk and benefit in human research. Annals of the New York Academy of Sciences 164 (1969), 793 – 801.

LEVINE, Robert J.: The role of assessment of risk benefit criteria in the determination of the appropriateness of research involving human subjects. In: The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Hg.): The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects in research. – Washington D. C.: DHEW Publications No. (OS) 78-0012, Appendix Vol I., 1978, S. 2.1 – 2.59.

LEVINE, R. J.: Clarifying the concepts of research ethics. The Hastings Center Report 9 (1979) 3, 21 – 26.

LEVINE, R. J.: Ethics and regulation of clinical research. – Baltimore; München: Urban & Schwarzenberg, 1986.

MAIO, Giovanni: Ethik und Theorie des „minimalen Risikos" in der medizinischen Forschung. – Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 2000 (Medizinethische Materialien; 124).

MAIO, G.: Die Forschung am Menschen als ethisches Problem. Philosophische Analyse und historischer Kontext. – Stuttgart: Frommann-Holzboog, 2000 (Medizin und Philosophie; 6) (im Druck).

MARTIN, Douglas K./MESLIN, Eric M./KOHUT, Nitsa/SINGER, Peter A.: The incommensurability of research risks and benefits: Practical help for research ethics committees. IRB – A Review of Human Subjects Research 17 (1995), 8 – 10.

MESLIN, Eric M.: Protecting human subjects from harm in medical research: A proposal for improving risk judgements by institutional review boards. Phil. Diss. Georgetown, 1989.

MESLIN, E. M.: Philosophical considerations about risk and risk assessment in medical research. In: Gideon Koren (Hg.): Textbook of ethics in pediatric research. – Malabar; Florida, 1993, S. 37 – 55.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Hg.): Research involving those institutionalized as mentally infirm. Report and Recommendations. – Bethesda, ML.: DHEW Publications No. (OS) 78-0006, 1978, S. 2.1 – 2.39.

NICHOLSON, Richard H. (Hg.): Medical research with children: ethics, law, and practice. – Oxford; New York; Tokio: Oxford University Press, 1986.

POCHIN, Sir Edward: Risk and medical ethics. In: Journal of Medical Ethics 8 (1982), 180 – 194 .

SHRADER-FRECHETTE, Kristin: Values, scientific objectivity, and risk analysis. In: James M. Humber/Robert F. Almender (Hg.): Quantitative risk assessment. – Clifton: Humana Press, 1987, S. 149 – 170.

STARR, Chauncey: General philosophy of risk-benefit analysis. In: Holt Ashley/Richard L. Rudman/Christopher Whipple (Hg.): Energy and the environment: A risk benefit approach. – New York: Pergamon Press, 1976, S. 1 – 30.

STEMPSEY, William E.: Disease and diagnosis. Value-dependent realism. – Dordrecht: Kluwer, 1999.

U.S. Department of Health and Human Services: Final regulations amending basic HHS policy for the protection of human research subjects. Federal Register 46 (1981), 8366-8392.

WILDAVSKY, Aaron/DAKE, Karl: Theories of risk perception: Who fears what and why? In: Daedalus 119 (1990), 41 – 60.

PD Dr. Giovanni Maio, Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Medizinische Universität zu Lübeck, Königstrasse 42, D-23552 Lübeck, maio@imwg.mu-luebeck.de

ETHICA; 8 (2000) 4, 405 – 440

MONIKA BOBBERT

DIE PROBLEMATIK DES KRANKHEITSBEGRIFFS UND DER ENTWURF EINES MORALISCH-NORMATIVEN KRANKHEITSBEGRIFFS IM ANSCHLUSS AN DIE MORALPHILOSOPHIE VON ALAN GEWIRTH

Monika Bobbert, geb. 1963; Diplomstudiengänge Kath. Theologie und Psychologie, Universität Tübingen; 1993 bis 1995 Akademiereferentin, Ludwig-Windthorst-Haus, Lingen; 1996 bis 1998 DFG-Stipendiatin, Dissertationsprojekt zur Medizin- und Pflegeethik; seit 1998 wissenschaftliche Koordinatorin des Graduiertenkollegs „Ethik in den Wissenschaften", Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen.

I. EINLEITUNG

Mag es auch in der Vergangenheit immer wieder Phasen gegeben haben, in denen Einigkeit über die Begriffe Krankheit und Gesundheit herrschte, so liegt es doch in der Natur dieser Begriffe, dass sie Wandlungen unterworfen sind und heute mehr denn je ihre historische und kulturelle Relativität sowie die mit ihnen verknüpften Wertungen deutlich werden.[1] Man denke nur daran, dass früher beispielsweise Alkoholismus, Spielsucht oder Hyperaktivität als individuelle Persönlichkeitszüge, heute unter Bezugnahme auf medizinische oder psychologische Theorien eher als therapierbare Krankheiten gesehen werden. Umgekehrt wurden etwa Homosexualität oder weibliche Hysterie aus dem „Krankheitskatalog" entlassen.

Der *Krankheitsbegriff*[2] ist für die Medizin und zunehmend stärker auch für die Humanbiologie von großer Wichtigkeit, bestimmt er doch die Aufgaben, Ziele und Erfolgskriterien der entsprechenden Forschungs-, Diagnose- und Therapiebemühungen. Darüber hinaus nehmen Auffassungen von Krankheit auf die Gesundheits- und Sozialpolitik sowie auf individuelle Verhaltensweisen Einfluss. Vor allem in der jüngeren ethischen Diskussion über die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen oder über

1 Vgl. z. B. J. EPSTEIN: Altered Conditions (1995).

2 Hiermit ist ein allgemeiner Krankheitsbegriff gemeint, welcher als Oberbegriff die Grenze zur Gesundheit bestimmt, nicht jedoch Modelle zur Erklärung der Entstehung von Krankheiten, Krankheitsklassifikationssysteme oder spezielle Krankheitseinheiten.

das Ob und Wie genetischer Diagnostik und Therapie wurde wieder einmal deutlich, dass ein allgemein geteilter Begriff von Krankheit bzw. Gesundheit fehlt und demzufolge die Beantwortung grundlegender Fragen schwer fällt: Welche „Zustände" sollen als Krankheit gelten und deshalb in der medizinischen Versorgung Berücksichtigung finden? Welche Kriterien können zur Bestimmung der „Schwere" von Krankheit oder des Grades von Gesundheit dienen?

Die Suche nach einem verallgemeinerbaren und operationalisierbaren Krankheitsbegriff stellt eine der vordringlichen Aufgaben der Bioethik dar, ist geradezu eine grundlegende Vorbedingung, um etwa über die Gestaltung des Gesundheitsversorgungssystems oder Fragen der (bio-)medizinischen Forschung und Therapie begründet entscheiden zu können. Dass es sich hierbei um kein einfaches Unterfangen handelt, ist daran zu ersehen, dass bislang in der Literatur die Begriffe Krankheit bzw. Gesundheit lediglich hinsichtlich reduktionistischer Sichtweisen und Wertbindungen problematisiert wurden. Selten zu finden sind Diskussionen über und systematische Bemühungen um eine moralisch-normative Begründung eines allgemeinen Krankheitsbegriffs.[3] Allerdings machen diesbezügliche Bemühungen auch nur unter der Voraussetzung Sinn, dass eine wirtschaftsliberale Position, nach der die Gesundheitsversorgung als Markt zu organisieren wäre,[4] ausgeschlossen wird. Nur wenn in alter europäischer und meines Erachtens auch moralphilosophisch begründbarer[5] Tradition das Gut Gesundheit eng an die Wahrung von Menschenwürde und Chancengleichheit geknüpft wird, wenn also eine allgemeine Gesundheitsversorgung aufgrund positiver Hilfspflichten über ein Solidarsystem gewährleistet werden soll, bedarf es angesichts der Vielzahl existierender Auffassungen von Krankheit eines verallgemeinerbaren allgemeinen Krankheitsbegriffs.[6]

3 Seltene Ausnahmen sind der umfassende Ansatz des Schweden L. NORDENFELT: On the Nature of Health (1987), die moralphilosophische Rekonstruktion der US-Amerikaner B. GERT/C. M. CULVER/D. K. CLOUSER: Bioethics (1997), v. a. S. 93 – 131, oder der Ansatz des Briten K. W. M. FULFORD: Moral Theory and Medical Practice (1989). Ohne dies hier ausführen zu können, behaupte ich, dass diese Ansätze letztlich nicht überzeugen. Vgl. außerdem die moralisch-normativen Diskussionsbeiträge im Themenheft „Reconceptualizing Health and Disease" des J. Philos. Med. (1995).

4 Vgl. als entsprechende moralphilosophische Position etwa H. T. ENGELHARDT: The Foundation of Bioethics (1996^2), USA.

5 Diese entscheidende Vorannahme lässt sich meines Erachtens begründen. Vgl. dazu die Ausführungen zu Gewirth' Ansatz weiter unten.

6 In diesem Artikel wird häufig auf anglo-amerikanische Literatur Bezug genommen, weil die Diskussion über den Krankheitsbegriff im deutschsprachigen Raum erst in jüngster Zeit anlässlich ethischer Fragen in der Reproduktionsmedizin und Humangenetik vereinzelt wieder begann.

Indem von einem solchen Krankheitsbegriff berechtigte Hilfsansprüche gegenüber anderen abgeleitet werden sollen, bezieht sich dieser auf die moralische Dimension menschlichen Lebens. Davon zu unterscheiden wären Krankheitsbegriffe, die etwa aus anthropologischer Perspektive Aussagen über den Menschen machen: in welchen „kranken" Zuständen er sich befinden und wie er sich unter diesen Beeinträchtigungen selbst verstehen kann. Die nachstehende Diskussion bemüht sich also um einen über moralphilosophische Argumente fundierten normativen Krankheitsbegriff als Antwort auf die Frage, bei welchen „Krankheitszuständen" eines Menschen berechtigte Ansprüche auf Hilfe bestehen. In den weiteren Ausführungen wird Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit verstanden und damit die erst in den letzten Jahren aufgekommene Debatte um eigenständige Gesundheitsverständnisse ausgespart, weil sich hier moralische Fragen teilweise anders stellen.

II. PROBLEMATISIERUNG MEDIZINISCHER KRANKHEITSVERSTÄNDNISSE

1. Maßstäbe der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit

Jeder Krankheitsbegriff bedarf der Bezugnahme auf Kriterien, die eine Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit erlauben. Bei den folgenden drei Maßstäben handelt es sich um analytische Unterscheidungen, die für eine Herausarbeitung moralisch relevanter Aspekte von Krankheitsbegriffen hilfreich sind. Konkrete Krankheitsverständnisse beziehen sich auf einen oder mehrere dieser Maßstäbe:

a) Krankheit als Abweichung von wissenschaftlich begründeten Maßstäben:[7]

Wissenschaftliche Maßstäbe variieren in Abhängigkeit von den Auffassungen darüber, welche Theorien und Methoden der Erkenntnisgewinnung wissenschaftlicher Natur sind und zudem als Bezugsrahmen ausgewählt werden. So liefern zum einen die so genannte Schulmedizin und ihre Leitwissenschaften Biologie, Biochemie oder Physik mithilfe ihrer Erklärungs-

7 Vgl. für a) und c) auch die im Englischen häufig zu findende Unterscheidung zwischen „disease" und „illness": „disease" bezieht sich auf das medizinische Verständnis klinischer Funktionsstörung oder Anomalität, „illness" auf die subjektive Deutung der Krankheit.

modelle über einen Prozess der Operationalisierung empirisch überprüfbare Kriterien zur Beschreibung von Phänomenen, die sich im Weiteren auch zur Kennzeichnung von krank oder gesund verwenden lassen. Zum anderen stellen auch gesellschafts- oder geisteswissenschaftliche Disziplinen mit ihren Theorien Maßstäbe bereit.[8] Die mithilfe wissenschaftlicher Kriterien vorgenommenen Krankheitsdefinitionen und Krankheitszuschreibungen fallen entsprechend unterschiedlich aus, je nachdem, ob man z. B. ein Modell biologischen Funktionierens oder ein psychologisches Coping-Modell mit Erkenntnissen über Kompetenzen zur Kompensation körperlicher Beeinträchtigungen zugrunde legt.

b) Krankheit als Abweichung von gesellschaftlichen Maßstäben:

Eine Gesellschaft oder Kultur als Ganze oder eine gesellschaftliche Gruppe betrachtet physische und psychische Phänomene mit Blick auf kollektiv für gut befundene Ziele, Gewohnheiten, Traditionen etc. Als Krankheit werden zahlreiche derjenigen physischen und psychischen Zustände eingestuft, die positiv bewerteten Vorstellungen und Leistungen nicht entsprechen. Niederschlag finden diese Wertungen z. B. in allgemeinen Einschätzungen zu Alltagsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, sozialer Angepasstheit, „normaler" kognitiver oder emotionaler Funktionalität oder in Kriterien für Lebensqualität.

c) Krankheit als Abweichung von individuellen Maßstäben:

Trotz des Vorliegens einer wissenschaftlich begründeten Diagnose und trotz eines möglicherweise bestehenden gesellschaftlichen Konsenses, dass eine Krankheit vorliegt, muss sich ein Mensch subjektiv weder als krank erleben noch ein „Krankheits"phänomen mit Blick auf seinen Lebensalltag, sein Körperideal oder seine Lebensziele etc. negativ beurteilen. Umgekehrt kann er sich krank fühlen, ohne dass andere diese Auffassung teilen. Die Deutung und Bewertung des individuellen Zustands ergibt sich aus subjektiven Wahrnehmungen und Reaktionen, aus Wertpräferenzen, Lebenszielen und Sinnerfahrungen der betroffenen Person.

Über diese Maßstäbe hinaus beeinflussen noch zahlreiche weitere, z. B. juristische Maßstäbe (etwa die im Strafgesetz oder Bundessozialhilfegesetz

8 Obwohl sich die moderne Medizin stark an den Naturwissenschaften orientiert, wird hier ein auch die Geistes- und Gesellschaftswissenschaften umfassender Wissenschaftsbegriff zugrunde gelegt; nicht zuletzt, um eine zu starke Engführung bei der Erfassung, Erklärung und Interpretation von Phänomenen zu vermeiden. Gleichwohl ist die Problematik des Wissenschaftsbegriffs damit nicht gelöst. Vgl. z. B. für die geschichtliche Dimension der Wissenschaftsentwicklung T. KUHN: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (1976^2).

enthaltenen Krankheitsdefinitionen), institutionelle Maßstäbe (z. B. in Form von Aufnahmekriterien einer Institution des Gesundheitswesens) und berufsständische Maßstäbe (z. B. in Aufgabenbeschreibungen oder beruflichen Standards) ein Krankheitsverständnis. Sie können jedoch als Kombinationsvarianten wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Maßstäbe angesehen werden. Religiöse[9], ästhetische und noch weitere denkbare Maßstäbe wurden aufgrund ihrer geringeren Relevanz für die Formulierung von Krankheitsverständnissen nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich eine große Pluralität und Relativität von Maßstäben feststellen: Zum einen existieren unterschiedliche und teilweise auch unvereinbare Maßstäbe nebeneinander, zum anderen sind die angeführten Maßstäbe durch historische, kulturelle und politische Faktoren Veränderungen unterworfen. Gleiches gilt für die darauf bezogenen Krankheitsverständnisse.

2. Krankheit als deskriptiver oder als notwendig evaluativer Begriff?

In den Diskussionen der vergangenen zwei Jahrzehnte wurde häufig herausgestellt, dass mit gesellschaftlichen und individuellen Maßstäben verbundene Krankheitsvorstellungen unabdingbar Wertungen enthalten, weil sie Krankheit aus verschiedensten Interessen heraus als unerwünschten Zustand ausweisen.[10] Inwieweit auch mit wissenschaftlichen Maßstäben Wertungen verbunden sind, wird weiter unten diskutiert. Zunächst ist zu klären, welche Relevanz Wertungen aus ethischer Sicht haben:

Insofern Ethik über die menschliche Lebensführung und das menschliche Handeln reflektiert, folgt sie zwei Fragestellungen:[11] Sie fragt einerseits als evaluative Ethik nach einem gelingenden Leben einzelner Personen und einem guten Zusammenleben in einer Gesellschaft. Sie fragt andererseits als normative Ethik nach dem moralisch richtigen Handeln, insofern

9 Religiöse Krankheitsverständnisse (z. B. Krankheit als Ausdruck von Dämonenbesessenheit oder als göttliche Strafe für schuldhaftes Verhalten) spielten eher in der Vergangenheit eine Rolle – zumindest was die christliche Tradition anbetrifft. Heute will Krankenseelsorge in einer schwierigen Lebensphase unterstützen bzw. zur Akzeptanz unabänderlicher Krankheiten beitragen.

10 Vgl. z. B. die „Klassiker" K. E. ROTHSCHUH: Der Krankheitsbegriff (1975), J. MARGOLIS: The Concept of Disease (1976), H. T. ENGELHARDT: The Concepts of Health and Disease (1981), ders. et al.: Health and Disease 19952), A. L. CAPLAN: The Concepts of Health, Illness and Disease (19972).

11 Vgl. für diese in der Ethik gängige Unterscheidung z. B. J. HABERMAS: Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft (1991).

durch das Handeln die Interessen anderer berührt werden und es zu Konflikten kommt. Nun spiegeln sich Werturteile, die das Selbstverständnis oder die Lebensformen einer Person oder einer Gesellschaft, d. h. Vorstellungen vom „guten Leben" berühren, unter anderem in individuell oder kollektiv gesetzten Zielen, Idealvorstellungen und Überzeugungen wider. Diese Wertorientierungen und Haltungen sind evaluative Aussagen, die lediglich von bestimmten Personen oder Gruppen geteilt werden und deshalb trotz ihrer faktischen Geltung zunächst nur eingeschränkte Gültigkeit besitzen. Zwar ist Respekt vor diesen pluralen Wertorientierungen moralisch geboten. Geht es allerdings darum, dass bestimmte Werte von allen anzuerkennen und zu verfolgen sind oder dass die Berücksichtigung bestimmter Interessen bei der Frage nach dem richtigen Handeln stets Vorrang hat, muss der damit verbundene kategorische Gültigkeitsanspruch eigens ausgewiesen werden: Den Anspruch kategorischer Gültigkeit können nur die Kriterien und Normen erheben, die universal zu rechtfertigen sind.

3. Deskription und Evaluation in medizinischen Krankheitsverständnissen

Inwieweit nun in der Medizin weit verbreitete Krankheitsverständnisse als rein deskriptiv und wertneutral gelten können, weil sie auf naturwissenschaftlich-positivistischen Annahmen, Methoden und Befunden beruhen,[12] und inwieweit diese Verständnisse als „gemischte" Urteile neben deskriptiven und definitorischen Anteilen unabdingbar auch Vorannahmen und nicht-ausgewiesene Wertungen von moralischer Relevanz enthalten, wird im Folgenden diskutiert. Die Typisierung der Krankheitsverständnisse ist teils durch einschlägige Autoren und teils durch inhaltliche Unterschiede motiviert. Nicht erwähnte, in der medizinischen Diskussion und Praxis jedoch vertretene Krankheitsverständnisse bestehen meist aus einer Kombination einzelner Elemente der vorgestellten Krankheitsverständnisse.[13]

12 Diese Position wird bis heute häufig vertreten, vgl. z. B. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), ders.: Health as a Theoretical Concept (1977), N. DANIELS: Just Health Care (1985), J. G. SCADDING: Health and Disease (1988), L. WALTERS/J. GAGE PALMER: The Ethics of Human Gene Therapy (1997). Dass die Möglichkeit zu einem wertneutralen Krankheitsbegriff besteht, vermitteln m. E. auch D. v. ENGELHARDT: Stichwort „Krankheit" (1989), bes. S. 646, und BROCKHAUS: Stichwort „Gesundheit" (198919).

13 Vgl. z. B. P. HUCKLENBROICH: Künstliche Intelligenz und medizinisches Wissen

a) Krankheit als Abweichung von statistisch abgesicherten Kennwerten

Obwohl in der sogenannten Schulmedizin bei der Bestimmung von Krankheit statistische Kennwerte häufig eine Rolle spielen, wird niemand in der Medizin ernsthaft die Auffassung von Krankheit als bloßer Abweichung von einer statistischen Norm vertreten. Denn der Bereich, innerhalb dessen etwas als „normale" Variation gilt, lässt sich ebenso wie die Richtung einer statistischen Abweichung erst mithilfe „externer" Kriterien bewerten, so dass nur ein bereits bestehendes Vorverständnis von Krankheit eine geleitete Auswahl und Interpretation der betrachteten Variablen erlaubt: Hormonwerte im Blut korrelieren etwa mit der Aufrechterhaltung bestimmter Körperfunktionen, der Intelligenzquotient (je nach zugrunde liegendem Testverfahren) mit bestimmten kognitiven, praktischen oder emotionalen Fähigkeiten. Dass statistische Mittelwerte und definierte Wertebereiche einer Wahrscheinlichkeitsverteilung an sich keine Aussagen über Krankheit machen können, zeigt sich noch deutlicher an der weiten Verbreitung von Arteriosklerose oder umgekehrt an der Seltenheit eines kariesfreien Gebisses. Gleichwohl entwickelt der wissenschaftliche Maßstab „statistische Methode bzw. Norm" in der medizinischen Diagnostik und humangenetischen Forschung teilweise eine wertende Eigendynamik, indem die inhaltlichen Voraussetzungen ausgeblendet und das Faktum statistischer Abweichung selbst zur Krankheit erklärt werden.[14]

b) Krankheit als Abweichung vom speziestypischen Funktionieren[15]

Der Tatsache, dass der rein statistische Krankheitsbegriff unzureichend für das medizinische Handeln ist, trägt das so genannte bio-medizinische Krankheitsmodell[16] Rechnung, das von dem Medizinphilosophen Chr.

(1989), S. 144 – 153, mit seiner eklektischen Zusammenstellung von Krankheitskriterien.

14 Dass der statistische Krankheitsbegriff in der Medizin eigenständige Geltung besitzt, konstatiert beispielsweise A. L. CAPLAN: The Concepts of Health, Illness and Disease (19972), S. 67. Rein statistische Argumente für medizinische Therapiebemühungen werden z. B. bei extremen Körpergröße-Abweichungen (Zwerg- bzw. Riesenwuchs) angeführt. L. HONNEFELDER: Humangenetik und Pränataldiagnostik (1996), S. 123, sieht in der Humangenetik die Tendenz, Normabweichungen als solche zu Krankheiten zu erklären.

15 Vgl. für die folgende Darstellung vor allem C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), ders.: Health as a Theoretical Concept (1977), für die Kritik bereits 1950 G. CANGUILHEM: Krankheit, Genesung, Gesundheit.

16 Dies ist in der Literatur die gängigste Bezeichnung. Häufig wird jedoch verkürzt und zu Unrecht auf die gesamte Medizin bezogen von einem „medizinischen" Modell gesprochen. Präziser sollte es m. E. somato-biologisches oder naturwissenschaftliches

BOORSE auf den Punkt gebracht wurde.[17] Es ist unter Hinweis auf seine Wertneutraliät in Medizin und Humanbiologie bis heute weithin akzeptiert.[18] Ergänzend zum ausschließlich statistischen Normalitätsbegriff führt BOORSE als „externes" Kriterium das biologische und biochemische Funktionieren eines typischen Mitglieds einer Spezies ein. Durch die Kombination statistischer Durchschnittswerte mit biologischen Funktionen und anatomische Strukturen – nach Alter und Geschlecht differenziert –, werden Optimalnormen vermieden. Die entsprechenden Variablen sind empirisch und in diesem Sinne objektiv feststellbar. Krankheit liegt vor, wenn die biologischen Funktionen entweder des ganzen Körpers oder eines seiner Teile gestört sind.

BOORSEs Erfassung von Phänomenen mithilfe der Konzepte „Funktion" und „Struktur" und seine Annahme einer hierarchischen Ausrichtung jeder Ebene eines Organismus auf die „natürlich vorgegebenen" höheren Funktionsziele der Selbst- und Arterhaltung stellen eine bereits innerbiologisch nicht unumstrittene evolutionsteleologische Sichtweise dar. Darüber hinaus handelt es sich bereits auf dieser Ebene nicht mehr um eine rein naturwissenschaftliche Aussage, wie bereits 1854 einer der „Väter" der naturwissenschaftlichen Medizin, R. VIRCHOW, betonte:

> „Es besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen physiologischen und pathologischen Gesetzen [...], sondern nur ein sehr wesentlicher Unterschied in den Bedingungen, unter denen die allgemeinen Lebensgesetze zur Erscheinung kommen.[...] Was wir Krankheit nennen, ist nur eine Abstraction (sic!), ein Begriff, womit wir gewisse Erscheinungscomplexe (sic!) des Lebens aus der Summe der übrigen heraussondern, ohne dass in der Natur selbst eine Sonderung bestände."[19]

Krankheitsmodell heißen, da es sich auf Biologie, Biochemie und Physik als Leitwissenschaften bezieht.

17 Vernachlässigt werden zwei weitere Krankheitsverständnisse, weil m. E. die gegen das Modell des speziestypischen Funktionierens vorgebrachte Kritik in weiten Zügen auch auf diese beiden biologisch-empirischen Varianten zutrifft: 1. Das an empirische Maße geknüpfte Verständnis von Krankheit als Störung der standardmäßigen Anpassungsfähigkeit eines Organismus an seine Umgebung, welches eher in der Biologie verbreitet ist. 2. Das in der klinischen Medizin in der Vergangenheit einflussreiche, vor allem auf physiologische Prozesse ausgerichtete Konzept von Krankheit als Nicht-Funktionieren homöostatischer Regulierungsmechanismen.

18 Dies konstatiert z. B. auch W. ZITTERBARTH: Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion (1995). Vgl. auch die große Zahl lexikalischer Krankheitsdefinitionen, die in irgendeiner Weise auf biologische Funktionen Bezug nehmen, außerdem z. B. N. DANIELS: Just Health Care (1985), S. 28 f., oder L. WALTERS/J. GAGE PALMER: The Ethics of Human Gene Therapy (1997), S. 38 f., welche ihren Abhandlungen diesen Krankheitsbegriff mit dem Hinweis auf seinen Verbreitungsgrad kritiklos zugrunde legen.

19 R. VIRCHOW: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. 1 (1854).

Indem BOORSE dann in einem weiteren Schritt die Funktionsziele der Selbst- und Arterhaltung auch zu den Zielen erklärt, an denen sich das medizinische Handeln orientieren soll, gelingt die von ihm behauptete Trennung eines wertfreien theoretischen von einem evaluativ praktischen Krankheitsbegriff nicht,[20] mehr noch, er begeht einen „naturalistischen" Fehlschluss vom Sein auf das Sollen.

Obwohl in diesem Rahmen keine wissenschaftstheoretische Grundsatzdiskussion geführt werden kann, sollte die exemplarische Kritik an BOORSE deutlich machen, dass Krankheitsverständnisse, die sich auf „empirisch fundiertes biologisches Wissen" stützen, entgegen ihrem eigenen Anspruch nicht in der Lage sind, eine wertneutrale Beschreibung von Krankheit zu liefern. Denn zum einen sind bereits für die begriffliche Abgrenzung eines naturwissenschaftlichen Konstrukts Urteile über den Zweck der Abgrenzung nötig, zum anderen müssen für die Zuschreibung von krank bzw. gesund zusätzliche Werturteile, z. B. in Form von „immanenten" Zielen eines „Systems" herangezogen werden.

c) Krankheit als Störung des Zusammenwirkens von Soma, Psyche und Umwelt

Um der psychologischen Perspektive und den Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt angemessen Rechnung zu tragen, entstanden in Kritik zu somatisch verkürzten Krankheitsverständnissen[21] folgende für Theorie und Praxis maßgebliche „psycho-soziale" Varianten:

In der Nachfolge von G. v. BERGMANN und V. v. WEIZSÄCKER, die sich bereits seit Anfang dieses Jahrhunderts um ein „ganzheitliches" Verständnis von Krankheit und Heilung bemühten, verorten heute im deutschen Sprachraum vor einem psychoanalytischen und systemtheoretischen Hintergrund die Psychosomatiker T. v. UEXKÜLL und W. WESIAK ihr Verständnis von Krankheit: Der Mensch interagiert als psychisch-physische Einheit stets mit seinem sozialen und kulturellen Umfeld. Krankheit liegt vor, wenn das Gleichgewicht zwischen Individuum und Umweltgegebenheiten gestört ist – sei es durch unbewusste emotionale Konflikte, sei es durch veränderte Anforderungen der Umgebung.[22]

20 Vgl. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), S. 55.

21 Um psychische Krankheiten miteinbeziehen zu können, artikulierte BOORSE die vage Hoffnung, in naher Zukunft mit empirischen Mitteln auch die „natürlichen mentalen Standardfunktionen" der sozialen Spezies Mensch aufzufinden. Vgl. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), 62 ff.

22 Vgl. T. v. UEXKÜLL/W. WESIAK: Theorie der Humanmedizin (19983), z. B. S. 72 f., 251 ff.

Der Psychiater G. L. ENGEL erweiterte 1977 das seiner Ansicht nach reduktionistische Krankheitsverständnis des speziestypischen biologischen Funktionierens um psychische und soziale Dimensionen.[23] Sein bio-psychosoziales systemtheoretisches Modell, das von aufsteigend komplexer werdenden Systemen ausgeht, die ein integratives Ganzes bilden, wurde vor allem in Psychiatrie und Pflege rezipiert. ENGEL betonte, dass erst die individuelle psychische Wahrnehmung und die jeweiligen sozialen und kulturellen Umgebungsbedingungen darüber entscheiden, ob eine organische Funktionsstörung eine große Beeinträchtigung und damit Krankheit darstellt oder lediglich ein Problem, „mit dem man eben lebt".[24]

In der Verhaltensmedizin, die auf den – um kognitive Prozesse erweiterten – Behaviorismus zurückgeht, werden neben physiologischen Faktoren auch beobachtbares Verhalten und subjektive Kognitionen berücksichtigt.[25] In Anlehnung an das „transaktionale Stresskonzept" des Psychologen R. S. LAZARUS[26] liegt Krankheit dann vor, wenn ein Mensch nicht über bestimmte „effektive" Strategien zur Bewältigung von Anforderungen aus der Umgebung oder zur Bewältigung von individuellen Selbstansprüchen verfügt.

Allerdings machen all diese um eine „psycho-soziale" Perspektive erweiterten Krankheitsverständnisse zum einen häufig nur vage Angaben darüber, welche somatischen und zusätzlich nun auch psychischen Defizite im Individuum oder in dessen Interaktionen mit der Umwelt Anhaltspunkte für Krankheit darstellen. Zum anderen enthalten sie zahlreiche Vorannahmen und Wertungen: Indem das Individuum etwa als Teil eines umfassenderen Systems konzipiert wird, werden unter Einbeziehung oder Ausschluss anderer Betrachtungsdimensionen wieder Systemgrenzen festgelegt. Gleiches gilt für die Ziele: Entweder strebt das System wie bereits bei BOORSE nach „Selbsterhaltung" oder aber nach „Anpassung" an gesellschaftliche[27] oder individuelle Maßstäbe, d. h. an partikulare Wertvorstellungen vom „guten" Leben bzw. von „guten" Verhaltensweisen. Oder aber es wird zusätzlich noch auf wissenschaftliche Maßstäbe, nämlich sozialwissenschaftliche empirische Untersuchungen und Theorien rekur-

23 Vgl. G. L. ENGEL: The Need for a New Medical Model (1977).

24 Vgl. ders., ebd., S. 132.

25 Vgl. als Standardwerk der Verhaltensmedizin W. MILTNER u. a.: Verhaltensmedizin (1986), v. a. S. 1 – 4, 36 – 60.

26 Vgl. R. S. LAZARUS u. a.: Stress, Appraisal, and Coping (1984).

27 Aus der These, jede Klassifikation psychischer Krankheit könne nur unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Wertungen erfolgen, schlussfolgerte Th. S. SZASZ 1960 seine Provokation vom „Mythos geistiger Krankheit".

riert, etwa bei der Variante „effektiver“[28] Bewältigungsstrategien, und es besteht die Gefahr eines unzulässigen Schlusses vom Sein auf das Sollen. Außerdem lässt letztlich jede der „psycho-sozialen“ Varianten offen, ob und wenn ja, welcher der Maßstäbe begründeten Vorrang hat.

d) Krankheit als subjektive Beeinträchtigung und gesellschaftlich-praktische Übereinkunft

In Anbetracht der Wertbindung jedes (natur-)wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs vertreten einige Kliniker sowie beispielsweise die Medizinethiker D. LANZERATH / L. HONNEFELDER sowie U. WIESING einen „pragmatischen“ Krankheitsbegriff. Nach LANZERATH / HONNEFELDER sucht ein Mensch aufgrund einer subjektiven Störung seines Wohlbefindens, welches er unter Einfluss gesellschaftlicher, kultureller und naturwissenschaftlicher Komponenten als Krankheit interpretiert, Hilfe bei einem Arzt.[29] Der Arzt, dessen berufsständisches Handeln traditionell auf Heilung, Linderung und Prävention ausgerichtet ist, unternimmt im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung diagnostische Bemühungen, die auf die Möglichkeit einer Therapie bezogen sind, und „handelt“ in einem bestimmten sozio-kulturellen Umfeld mit dem Patienten „aus“, ob dieser als krank anzusehen ist.

WIESING stellt das subjektive Erleben eines beeinträchtigten Menschen noch stärker in den Vordergrund.[30] Wie bereits G. HESSLOW[31] sieht er keine praktische Notwendigkeit für einen allgemeinen Krankheitsbegriff. Aus Toleranz gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen soll sich das ärztliche Handeln am Kriterium der „authentischen Selbsteinschätzung“[32] eines Menschen ausrichten. Medizinische Handlungen haben dementsprechend einerseits „instrumentelle“ Funktion, sofern sie – unter der Bedingung einer gewissen Erfolgswahrscheinlichkeit – dabei helfen, individuelle Lebenspläne zu erfüllen. Eingeschränkt werden die subjektiven Wünsche andererseits durch rollenbedingte und konsensfähige medizinethi-

28 W. MILTNER u. a.: Verhaltensmedizin (1986), S. 49.

29 Vgl. L. HONNEFELDER: Humangenetik und Pränataldiagnostik (1996) und D. LANZERATH / L. HONNEFELDER: Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik (1998).

30 Vgl. U. WIESING: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? (1998).

31 Vgl. G. HESSLOW: Do we need a Concept of Disease (1993).

32 U. WIESING: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? (1998), 88.

sche Verpflichtungen, nämlich das „Benevolenz"-Prinzip und das Prinzip der „Schadensvermeidung".

Implizite Wertungen eines vermeintlich naturwissenschaftlich-deskriptiven Krankheitsbegriffs zu vermeiden und subjektives Krankheitserleben ernst zu nehmen, ist gemeinsames Anliegen dieser pragmatischen Optionen. Beide setzen jedoch individuelle und gesellschaftliche Maßstäbe nicht klar in ein Verhältnis zueinander und weisen die mit den Maßstäben verbundenen Wertungen nicht weiter argumentativ aus. Indem HONNEFELDER sich hinsichtlich des ärztlichen Telos einerseits auf die standesethische Tradition beruft und andererseits die faktische Festlegung dessen, was als krank gilt, in die jeweilige Arzt-Patient-Beziehung verlagert, steht der Krankheitsbegriff dem Einfluss impliziter gesellschaftlicher und individueller Wertungen gegenüber offen und erlaubt nur bedingt Grenzziehungen.[33] Zudem bleibt offen, ob beim „Aushandeln" von Krankheit in der Arzt-Patient-Beziehung im Konfliktfall die Selbstinterpretation des Patienten, der jeweilige Arzt mit seiner Interpretation des beruflichen Auftrags oder eine weithin „übliche" ärztliche Praxis den Ausschlag geben sollen. WIESINGs Konzept erlaubt zwei Lesarten: Entweder hat die Medizin jedem „authentischen", wie auch immer gearteten Wunsch eines Individuums nach Hilfe nachzukommen – lässt man einmal das Problem außer acht, dass die individuelle Selbsteinschätzung nicht losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen geschieht und sich daher die Frage stellt, wie diesbezügliche Fremdbestimmung verhindert werden kann. Oder aber die Medizin füllt als Korrektiv subjektiver Empfindungen die bei WIESING inhaltlich unbestimmt gelassenen Prinzipien „Benevolenz" und „Schadensvermeidung" mit weitergehenden „externen" Zielkriterien auf, welche dann jedoch eingehender Begründung bedürften.

4. Der Aufforderungscharakter des Begriffs Krankheit

Bedeuten die bisherigen Ausführungen nun, dass jeder Krankheitsbegriff relativ bleiben muss, weil er eben nicht vollständig in biologisch „neutralen" Begriffen aufgehen kann, sondern neben deskriptiven unabdingbar immer auch evaluative Elemente enthält? Von nur relativer Gültigkeit des-

33 Auch die traditionellen und in diesem Sinne normativen ärztlichen Ziele sind interpretationsbedürftig. Dies zeigt sich beispielsweise in der Humangenetik, wenn man versucht, das traditionelle ärztliche Ziel der Krankheitsprävention vom Ziel der umfassenden Optimierung genetischen Materials abzugrenzen.

halb, weil er auf unterschiedlichen Wertorientierungen aufbaut, die lediglich der Perspektive einzelner Personen oder Gruppen entsprechen? Heißt dies letztendlich, dass zwar eine kritische Analyse der Einfluss nehmenden Wertungen möglich ist, sich jedoch „Interessen"konflikte zwischen konkurrierenden kollektiven oder individuellen Wertungen nicht lösen lassen, weil es unmöglich ist, bestimmte Wertungen als richtig auszuweisen? Dies wäre indes nicht dramatisch, ginge es lediglich um ein bloßes Zuschreiben von Merkmalen. Insofern der Begriff „Krankheit" jedoch eine unvermeidbar negative Wertung enthält, indem er eine Notsituation, ein „Übel" anzeigt, drängt er zum Handeln, nämlich auf die Veränderung oder „qualifizierte" Hinnahme eines unerwünschten Zustands und hat damit Aufforderungscharakter.[34] Denn die bereits in der Vergangenheit mit unterschiedlicher Vehemenz vertretenen Optionen gelten auch heute noch: Krankheit ist entweder zu vermeiden, zu heilen oder aber geduldig zu ertragen. Kranken soll geholfen werden – sei es durch Beistand, Pflege oder medizinische Eingriffe. Kranke haben Anspruch auf Schonung (z. B. durch Krankschreibung) und mildernde Umstände (z. B. im Strafrecht). Oder stattdessen: Kranke können ignoriert oder sogar diskriminiert werden. Der Krankheitsbegriff ist ein praktisch normativer Begriff, also ein Begriff, mit dessen Hilfe nicht nur Sachverhalte konstatiert, sondern Forderungen an das Handeln anderer gestellt werden.

Nimmt man den Aufforderungscharakter, der durch die Zuschreibung von „Krankheit" entsteht, ernst, so muss eine gesellschaftliche Praxis der medizinischen Versorgung bzw. Nicht-Versorgung auf argumentativ ausgewiesenen Wertungen und Normen beruhen. Diesbezüglich mögen unterschiedliche Wege denkbar sein. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, ein moralisch-normatives Krankheitsverständnis zu entwerfen, dem universell rechtfertigbare moralische Normen zugrunde liegen. Denn um mithilfe eines verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs zu urteilen, welche moralischen Hilfsansprüche gerechtfertigt sind, muss auf rationale, allgemein gültige ethische Referenzpunkte Bezug genommen werden.

34 Diesen Aufforderungscharakter betont bereits H. T. ENGELHARDT: Concepts of Health and Disease (1981), S. 33, und vgl. auch W. WIELAND: Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik (1986), S. 38 ff.

III. IMPLIKATIONEN DES AN MENSCHENRECHTEN ORIENTIERTEN ANSATZES VON ALAN GEWIRTH FÜR DEN KRANKHEITSBEGRIFF

Die folgenden Überlegungen sind ein erster Versuch, den moralphilosophischen Ansatz von Alan GEWIRTH für die Problematik des Krankheitsbegriffs fruchtbar zu machen, denn GEWIRTH selbst hat keine auf den Krankheitsbegriff bezogene „Anwendung" seines Ansatzes vorgenommen. Die auf seiner ethischen Theorie aufbauende Argumentation erlaubt die Konstruktion eines inhaltlich gefüllten und gleichzeitig moralisch verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs mittels einer Güterlehre. Es sei vorausgeschickt, dass GEWIRTH' Verknüpfung formaler universalistischer Elemente mit materialen Elementen einen entscheidenden Vorteil für die Konstruktion eines verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs darstellt. Darüber hinaus bietet GEWIRTH' Moralphilosophie im Gegensatz zu zahlreichen anderen ethischen Ansätzen den Vorzug, positive Pflichten begründen zu können, was unmittelbare Konsequenzen für den im Folgenden vorgestellten Krankheitsbegriff hat. Im Weiteren schließt sich an eine knappe Einführung in den ethischen Begründungsansatz von GEWIRTH eine erste Argumentation in Bezug auf folgende Fragen an: Wann ist ein Mensch vor dem Hintergrund dieser moralphilosophischen Theorie als krank zu bezeichnen und welche Ansprüche auf Versorgungsleistungen lassen sich daraus ableiten?

1. Einführung in den ethischen Begründungsansatz von Alan Gewirth

a) Menschenrechte als Rechte auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

In GEWIRTH' Ansatz[35] hat das menschliche Handeln eine zentrale Stellung. Unter Handeln versteht GEWIRTH ein freiwilliges und zweckgerichtetes Tun oder Lassen.[36] Das für das Handeln konstitutive Merkmal Freiwilligkeit be-

35 Der Darstellung des Ansatzes von A. GEWIRTH liegt neben seinem Hauptwerk „Reason and Morality" (1978) und der Aufsatzsammlung „The Community of Rights" (1996) auch die Darstellung und Interpretation des Ansatzes durch K. STEIGLEDER zugrunde. Ihm ist zu verdanken, GEWIRTH der deutschsprachigen Diskussion zugänglich gemacht, dessen Argumentation verdeutlicht und weitergeführt zu haben. Vgl. K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), ders.: Gewirth und die Begründung der normativen Ethik (1997), ders.: Grundlegung der normativen Ethik (1999).

36 Insofern ein Unterlassen die Merkmale der Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit erfüllt, kann es nach A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 267, als Handeln gewertet werden.

sagt, dass der Handelnde eine Tätigkeit aus eigenem Antrieb und ohne Zwang oder Täuschung ausführt und um die unmittelbar relevanten Umstände weiß. Das für das Handeln konstitutive Merkmal Zielgerichtetheit besagt, dass der Handelnde weiß, dass er handelt, dass er mit seiner Tätigkeit ein Ziel oder einen Zweck erreichen möchte und dass er bestimmte allgemeine Fähigkeiten und Voraussetzungen zur Zielerreichung besitzt.[37] Kein Mensch, vorausgesetzt, er hat minimale volitive und kognitive Fähigkeiten, kann seinem eigenen Handeln entgehen. Zwar gibt es beim faktischen Handeln Abstufungen hinsichtlich Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit. Jedoch wird die obige Handlungsdefinition dadurch nicht beeinträchtigt, da sie beansprucht, diejenigen Wesensmerkmale zu nennen, die der Vielfalt von Handlungen gemeinsam sind. Darüber hinaus muss ein durch Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit bestimmtes Verhalten vorausgesetzt werden, um überhaupt sinnvoll über Fragen der Moral reden zu können.

Um zu zeigen, dass jeder handlungsfähige Mensch aus logisch zwingenden Gründen ein oberstes moralisches „Prinzip der Menschenrechte"[38] anerkennen muss, hat GEWIRTH eine Sequenz dialektisch notwendiger[39] Urteile entwickelt, die darlegt, dass jeder handlungsfähige Mensch, der sich auf die grundlegenden Bedingungen seines Handelns besinnt, einer ganz bestimmten Auslegung des eigenen Tuns folgen muss. GEWIRTH entfaltet also aus der Perspektive eines handlungsfähigen Menschen diejenigen allgemeinen Urteile, die mit dem Handeln überhaupt impliziert sind und die dieser nur um den Preis des Selbstwiderspruchs bestreiten kann.[40]

Der erste Schritt der Argumentationskette, die hier nur in sehr verkürzter Form skizziert werden kann, besteht in dem Aufweis, dass Handeln eine evaluative Struktur besitzt. Dieser Struktur kann durch folgendes erste Urteil eines Handelnden Ausdruck verliehen werden: ‚Ich tue die Handlung H um des Ziels Z willen'. Dies bedeutet zum einen, dass der Handelnde aus seiner Perspektive das Ziel Z zum Zeitpunkt seines Handelns mit Blick auf ein bestimmtes Kriterium seiner Wahl als ein Gut ansieht, zum Zweiten, dass er auch sei-

37 Vgl. für die Handlungsbestimmung auch K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 119 ff.

38 A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 64.

39 Ders., ebd., S. 43 f., bezieht sich auf die dialektische Argumentationsmethode wie folgt: Man beginnt mit Annahmen oder Meinungen eines Protagonisten und untersucht die dementsprechenden logischen Implikationen. Dabei sind jedoch zwei Arten dialektischer Methoden zu unterscheiden: Die dialektisch-kontingente Methode beginnt mit Feststellungen oder Urteilen, die verschiedenste Überzeugungen, Interessen oder Ideale einer Person oder Gruppe wiedergeben. Demgegenüber beginnt die dialektisch-notwendige Methode, welche GEWIRTH anwendet, mit Feststellungen oder Urteilen, die notwendig jedem Handelnden zugeschrieben werden müssen, weil sie von den notwendigen Bedingungen des Handelns abgeleitet sind.

40 Vgl. ausführlicher zum Status der Urteilssequenz K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 124 ff. In der Darstellung der Sequenz folge ich – stark vereinfacht – K. STEIGLEDER, S. 130 – 196.

ne Fähigkeit, überhaupt handeln zu können, als ein Gut ansieht. Zum Dritten beinhaltet das Urteil, dass der Handelnde die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen seines Handelns als Güter betrachtet und zwar als grundlegend notwendige Güter. Denn sie müssen für jede seiner Handlungen gegeben sein, damit er seinen Zielen überhaupt und erfolgversprechend nachgehen kann. Somit konstituieren sie die allgemeine Handlungsfähigkeit und damit das in diesem Sinne gemeinte „Wohlergehen" eines jeden Handelnden. Zu den notwendigen Gütern, die situationen- und personenübergreifend konstant sind, zählen neben dem Gut Freiheit die folgenden grundsätzlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die auf drei hierarchisch gestuften Ebenen angesiedelt sind:[41]

Elementargüter sind unbedingt notwendige, direkte Fähigkeiten und Vorbedingungen jeden Handelns. Zu ihnen zählen z. B. bestimmte physische und psychische Dispositionen wie Leben, physische Integrität, Bewegungsfreiheit, geistiges Gleichgewicht und eine Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen, darüber hinaus jedoch auch Mittel wie Nahrung, Kleidung und Unterkunft, sowie individuumsübergreifende Voraussetzungen, wie ein gewisses Maß an Frieden und Ordnung und eine in ökologischer Hinsicht bewohnbare Umwelt.

Nichtverminderungsgüter sind die Fähigkeiten und Voraussetzungen, die zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit sowie zur Aufrechterhaltung des Niveaus der Erfüllung eigener Ziele dienen. Dazu zählt beispielsweise, für die Zukunft planen zu können, Wissen über Fakten, die für die geplanten Handlungen relevant sind, zu haben, sich selbst vor Betrug und Lügen schützen und die eigenen Ressourcen zur Erfüllung individueller Wünsche nutzen zu können. Die Nichtverminderungsgüter eines Menschen sind z. B. dann infrage gestellt, wenn er belogen oder bestohlen, wenn ein ihm gegenüber geleistetes Versprechen gebrochen oder seine Privatsphäre verletzt wird oder er durch körperliche Arbeit bzw. andere zentrale Lebensumstände, die sich ändern ließen, gefährdet, erniedrigt oder geschwächt wird.

Zuwachsgüter sind die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die der Erhöhung des Niveaus der Erfüllung eigener Ziele sowie der Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit dienen. Dazu zählen z. B. Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen auf Seiten des Handelnden sowie dessen Achtung durch andere, außerdem ein soziales Klima, das die Entwicklung dieser Voraussetzungen fördert. Weiterhin zählt dazu die Möglichkeit, Bildung und Vermögen zu erwerben. Die Zuwachsgüter werden z. B. dadurch infrage gestellt, dass Menschen sich beleidigen oder herablassend behandeln statt sich gegenseitig zu unterstützen.

In Anbetracht dieser handlungsnotwendigen Güter gelangt der Handelnde zu folgendem zweckrationalen Urteil: ‚Ich brauche Freiheit und die Güter des

41 Vgl. für die drei Güterebenen und ihre Inhalte A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 54, 211 f., 230 ff., 240 ff.

„Wohlergehens" notwendig, um überhaupt handeln zu können, und ich will sie durchgehend und uneingeschränkt.' „Um überhaupt handeln zu können" meint dabei so- wohl das gegenwartsorientierte Vermögen, aktuelle, konkrete Ziele und Zwecke zu verfolgen und zu erreichen, als auch das dispositionelle, allgemeinere Vermögen, zukünftig Ziele zu erreichen.

Die zweite wichtige Schrittfolge GEWIRTH' zeigt, dass Handeln nicht nur durch eine evaluative, sondern auch durch eine normative Struktur charakterisiert ist. So nimmt der Handelnde, indem er Freiheit und die Güter des „Wohlergehens" als notwendige Güter erkennt, ein dialektisch-notwendiges Urteil vor: ‚Ich muss diese Güter haben, weil ich ein aktuell und zukünftig Handelnder bin, der Ziele erfolgreich verfolgen will.' Davon abgesehen muss er auch aus der Einsicht heraus, dass die notwendigen Güter kein sicherer oder selbstverständlicher Besitz für ihn sind, sondern dass andere Handlungsfähige diese Güter beeinträchtigen können, er die notwendigen Güter aber unbedingt will, sagen:[42] ‚Es soll ausnahmslos und durchgängig nicht der Fall sein, dass meine Freiheit und mein „Wohlergehen" beeinträchtigt werden.' Aus Klugheitsgründen muss er dann auch den normativen (jedoch noch nicht den moralisch-normativen) Anspruch erheben: ‚Ich habe ein Recht auf die für das Handeln notwendigen Güter Freiheit und „Wohlergehen", weil ich ein aktuell und prospektiv Handelnder bin.' Aufgrund des logischen Universalisierungsprinzips folgt daraus bezüglich aller Handlungsfähigen: ‚Jeder prospektiv Handelnde hat ein Recht auf seine Freiheit und sein „Wohlergehen".' Weil also ein Handlungsfähiger logisch anerkennen muss, dass es eine zureichende Bedingung des Besitzes dieser für das Handeln *konsitutiven* Rechte ist, ein prospektiv Zweck verfolgender Handelnder zu sein, muss er seine Interessen in ein Verhältnis zu den Interessen aller anderen Handlungsfähigen setzen und aufgrund des logischen Universalisierungsprinzips folgende nun moralisch-normative Aufforderung an jeden aktuell oder prospektiv Handelnden richten:

> „Handle stets in Übereinstimmung mit den konstitutiven Rechten der Empfänger deiner Handlungen wie auch deiner selbst![43]"

Dieses „Prinzip der Menschenrechte" von GEWIRTH verknüpft den formalen Gesichtspunkt der Verallgemeinerbarkeit mit dem materialen Gesichtspunkt der notwendigen und in diesem Sinne konstitutiven Bedingungen des Handelns – in Form einer materialen Güterlehre. Gegenstand dieses Prinzips der Menschenrechte sind nicht ausschließlich Handlungen von Individuen, sondern auch Institutionen mit ihren Regeln, Strukturen und Abläufen, die häufig sehr bestimmende institutionelle Rahmenbedingungen für das menschliche

42 Die Begründung für diesen Übergang ist stark verkürzt dargestellt. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 78 – 81, liefert mehrere (zusammenhängende) Argumentationen (Notwendigkeit der Güter und Selbstwidersprüche), woraus K. STEIGLDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 159 ff., einen „direkteren" Weg entwickelt.

43 A. GEWIRTH: Die rationalen Grundlagen der Ethik (1989), S. 24.

Handeln darstellen und daher für die gerechte Verteilung und garantierte Erfüllung gewisser Pflichten mitverantwortlich sind.

b) Negative und positive Rechte

Ein Handlungsfähiger, der entsprechend dem „Prinzip der Menschenrechte" ein Recht auf die notwendigen Bedingungen des Handelns hat, ist in zweifacher Weise von den Handlungen anderer handlungsfähiger Individuen abhängig: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit und seine weiteren notwendigen Güter der allgemeinen Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigen oder zerstören. Zum anderen muss er mit Situationen und Lebensumständen rechnen, in denen er die handlungsnotwendigen Güter nicht durch eigene Anstrengung erreichen, erhalten oder wiedererlangen kann und somit auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Dementsprechend lassen sich mit dem „Prinzip der Menschenrechte" unter bestimmten Bedingungen auch positive Rechte bzw. Pflichten begründen[44]:

> „Wir haben Pflichten, Individuen bei der Erfüllung ihrer konstitutiven Rechte der Handlungsfähigkeit zu helfen, wenn sie dies nicht durch eigene Anstrengungen schaffen. Dadurch werden Individuen befähigt zu handeln, mit allgemeinen Chancen auf Erfolg, d. h. befähigt zur Verfolgung ihrer eigenen Zwecke, welche auch immer es sein mögen, so lange wie sie [die Individuen] nicht die konstitutiven Rechte anderer verletzen."[45]

Jeder Handlungsfähige hat also, vorausgesetzt, er schafft dies nicht aus eigener Kraft, ein Recht auf Hilfe zur Erlangung, zum Erhalt oder zur Wiedererlangung von Gütern, die für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendig sind – sofern ein Helfer diese Hilfestellung „zu nicht vergleichbaren Kosten"[46], wie GEWIRTH an anderer Stelle schreibt, erbringen kann.

Man könnte nun meinen, dass dies unweigerlich zu einer Inflation konkreter Rechtsansprüche und damit zu einer moralischen Überforderung aller Beteiligten führt. Dies ist nicht der Fall, da sich positive Rechte bzw. Ansprüche ausschließlich auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beziehen. Mit abnehmender Notwendigkeit der Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter für die allgemeine Handlungsfähigkeit werden deshalb auch die diesbezüglichen Anspruchsrechte schwä- cher. Zweifelsohne lassen sich jedoch an die Rechte auf Elementargüter und zumindest noch an einige Rechte auf Nichtverminderungsgüter positive Pflichten knüpfen, vor allem dann, wenn es sich um besonders gravierende Beeinträchtigungen oder Verletzungen der Nichtverminderungsrechte handelt.[47]

44 Dazu ausführlich A. GEWIRTH: The Community of Rights (1996) und K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 234 – 242.

45 A. GEWIRTH: The Community of Rights (1996), S. 61 (eig. Übers.).

46 A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 218 (eig. Übers.).

47 Vgl. ders., ebd., S. 237. Inwieweit sich positive Rechte auf Zusatzgüter begründen lassen, bedarf ausgedehnterer Erörterungen. GEWIRTH geht diesbezüglich in „The Com-

Von der Seite der Betroffenen mit ihren berechtigten Ansprüchen auf Unterstützung nun der Blick auf die Seite der Adressaten: Positive Rechte stellen größere Ansprüche an ihre Adressaten als negative Rechte, fordern sie doch mehr als nur das Unterlassen bestimmter beeinträchtigender Handlungen. Deshalb richten sich positive Pflichten nicht in gleicher Weise an alle Handlungsfähigen, sondern sind von Situationsmerkmalen folgender Art abhängig:[48] Art und Ausmaß der Schädigung, Wissen des potentiellen Helfers um die Schädigung, Fähigkeit des potentiellen Helfers, die Schädigung abzuwenden, möglicherweise entstehende „Kosten" des potentiellen Helfers. So ist erstens der Hilfsanspruch dringlicher, wenn jemand von Nahrungsmangel oder einer tödlichen Erkrankung (Elementargüter) betroffen ist, als wenn jemand Opfer eines Taschendiebstahls (Nichtverminderungsgut) wird. Zweitens müssen potentielle Helfer von der konkreten Notlage wissen.[49] Da die konstitutiven Rechte die aktuelle wie auch die zukünftige Handlungsfähigkeit sichern sollen, besteht eine Pflicht zur Hilfe auch hinsichtlich der Abwendung drohender Beeinträchtigungen der handlungsnotwendigen Güter. Allerdings spielen hier weitere Gesichtspunkte eine Rolle, so z. B. die Vorhersehbarkeit von Handlungsfolgen, die Berechenbarkeit und Bewertung von Wahrscheinlichkeiten. Drittens muss der Helfer in der Lage sein zu helfen, also über passende Fähigkeiten und Mittel verfügen. Und viertens schließlich bedarf es einer näheren Bestimmung, welche Beeinträchtigungen den Adressaten des Hilfsanspruchs abverlangt werden können. Denn die jeweiligen Helfer können durch das Erbringen einer Hilfeleistung mehr oder weniger stark in der Verfolgung ihrer eigenen Ziele, ja ihrer notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sein. Infolgedessen muss mittels der unten aufgeführten Gewichtungskriterien zwischen den konstitutiven Rechten des Notleidenden, d. h. dessen, der in seiner Handlungsfähigkeit bedroht oder beeinträchtigt ist, und den konstitutiven Rechten potentieller Helfer eine Abwägung getroffen werden. Darüber hinaus richten sich berechtigte Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten einzelner übersteigen, an gesellschaftliche Institutionen.

c) Gewichtung konfligierender Rechte

Obgleich die Güter, auf die jeder Handelnde ein Recht hat, unbedingt notwendig für das Handeln sind, stehen die entsprechenden negativen und positiven Rechte nicht einfach gleichgewichtig nebeneinander, sondern können unter Heranziehung bestimmter Kriterien in eine Rangfolge gebracht werden.[50] Allem voran gilt das Kriterium der ‚Vermeidung oder Beseitigung von Inkonsis-

munity of Rights" (1996) weiter als in seinem älteren Werk „Reason and Morality" (1978).

48 Vgl. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 219 f.

49 Es wären auch Fälle denkbar, in denen jemand etwas hätte wissen können: damit zusammenhängende Fragen können jedoch in diesem Rahmen nicht erörtert werden.

50 Vgl. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 342 ff. Das dritte Kriterium der ‚institutionellen Erfordernisse' wird hier vernachlässigt.

tenzen'. Es hebt auf die durch das oberste Moralprinzip begründete fundamentale Forderung der Gleichheit jedes Handlungsfähigen in seinen konstitutiven Rechten ab und beinhaltet, dass kein Handelnder sich über die konstitutiven Rechte der durch seine Handlungen Betroffenen hinwegsetzen darf. Weiterhin ermöglicht das Kriterium des ‚Grads der Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit' eine Rangordnung zwischen den Gütern: So rangiert das Gut Freiheit vor den Elementargütern, diese rangieren wiederum vor den Nichtverminderungsgütern und diese wiederum vor den Zuwachsgütern. Gleiches gilt auch für die Gewichtung der Güter innerhalb einer Stufe: So sind etwa bei den Elementargütern „Leben", „physische Integrität" und „geistiges Gleichgewicht" zentral, weil diese unverzichtbarer als andere elementare Güter wie „Wohnung" oder eine „nicht gesundheitsschädigende Umwelt" sind. Außerdem legt das Kriterium des ‚Grads der Notwendigkeit' nahe, dass beim Gut Freiheit die Gewährleistung der dispositionellen Freiheit als überdauernder Fähigkeit, das eigene Verhalten zu kontrollieren, Vorrang hat vor der aktualen Freiheit, die sich auf eine bestimmte Situation bezieht.[51]

Wie sich bereits aus diesen beiden Gewichtungskriterien ersehen lässt, ist die überwiegende Mehrzahl der Rechte nicht absolut. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Rechte eines Handelnden als Ganzes zur Disposition gestellt werden könnten. Jeder Handelnde muss vielmehr von einer letztlichen Unverrechenbarkeit seiner selbst ausgehen und damit von der Unhintergehbarkeit einiger besonders bedeutsamer Rechte, beispielsweise des von GEWIRTH als absolut bezeichneten Rechts aller unschuldigen Individuen, nicht absichtlich getötet zu werden.[52]

d) Interpretationsbedarf bei der Bestimmung konstitutiver Rechte und handlungsnotwendiger Güter

Bei GEWIRTH sind auf mehreren Ebenen weitergehende Interpretationen erforderlich.[53] Zunächst auf der Ebene der grundsätzlichen Bestimmung der handlungsnotwendigen Güter bzw. konstitutiven Rechte und ihrer Rangfolge. Aufgrund GEWIRTH' Methode der Selbstreflexion eines Handlungsfähigen lässt sich in Anlehnung an STEIGLEDER wie folgt differenzieren:

> „Dass der Handelnde die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten zum Handeln und erfolgreichen Handeln überhaupt als notwendige Güter ansehen und als ihm zukommend ansehen muss, bezeichnet zwar in letzter Instanz eine logische Notwendigkeit. In der Bestimmung dessen, *was* die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten sind, ist aber umgekehrt proportional zu der Abnahme der Notwendigkeit ein Zuwachs von Erfahrung involviert.[54]"

51 Vgl. A. GEWIRTH: The Community of Rights (1996), S. 49.

52 Vgl. A. GEWIRTH: Human Rights (1982), S. 233.

53 Vgl. für diesen Abschnitt K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 293 – 319.

54 K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 293 (Hervorhebung dort).

Das Verständnis der konstitutiven Rechte kann nicht ein für allemal abgeschlossen sein, obwohl diese sich auf intersubjektiv nachvollziehbare und überprüfbare Erkenntnisse gründen müssen. Indem GEWIRTH die „Beispiele" für seine drei Güterkategorien teilweise variiert, weist er darauf hin, dass diese „nicht schon die Gewissheit ihrer *Vollständigkeit* mit sich führen"[55], sondern unter Umständen erweitert oder vertieft werden können, was etwa die „Entdeckung" des Elementarguts „ökologisches Gleichgewicht" demonstriert. Dass außerdem mit abnehmender Notwendigkeit der Güter für die Handlungsfähigkeit der Anteil historisch und kulturell vermittelter Erfahrungen und Einsichten und damit der Interpretationsbedarf größer wird, trifft in noch stärkerem Maß auf die Nichtverminderungs- und Zuwachsgüter zu.[56]

Interpretationen sind des weiteren auf einer zweiten Ebene methodisch erforderlich: Es ist nämlich auszumachen, durch welche Art von Handlungen welche der handlungsnotwendigen Güter beeinträchtigt werden. Dazu sind Typen von Handlungen zu identifizieren, die eine allgemeine Tendenz zur Beeinträchtigung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufweisen. Derartige allgemeine Tendenzen unterliegen zum einen der Forderung, mit empirischen Methoden, die jedem durchschnittlich begabten Menschen zugänglich sind, feststellbar zu sein, zum anderen der Forderung, dass eine kausale Beziehung zwischen einem bestimmten Handlungstyp und Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit besteht. Zwar muss nicht der Nachweis erbracht werden, dass gewisse Handlungstypen immer einen bestimmten Effekt haben,[57] es darf sich jedoch nicht lediglich um Meinungen oder Überzeugungen handeln, die sich ausschließlich auf Inspiration oder individuelle Intuition beziehen.

Darüber hinaus müssen auf zahlreichen weiteren Ebenen Interpretationen und Argumentationen einsetzen. Es wäre ein Missverständnis zu erwarten, dass sich aus GEWIRTH' materialen Menschenrechten unmittelbar moralische Urteile für alle konkreten Probleme der „angewandten" Ethik ableiten lassen. Vielmehr zeichnet sich eine methodisch reflektierte und argumentativ ausgewiesene „Anwendung" von Rechten und Pflichten unter anderem dadurch aus, dass sie die moralische Relevanz von zu berücksichtigenden Situationsdetails zeigt und außerdem begründet, warum einzelne moralische Rechte und Pflichten für eine bestimmte „Situation" in Anschlag gebracht werden. Davon abgesehen können konkrete moralische Beurteilungen von Handlungen und Institutionen schon allein deswegen nicht immer eindeutig sein, weil sie als „gemischte" Urteile auch auf Urteilen über häufig komplexe „Sachverhalte" beruhen.

55 Ders., ebd., S. 294 (Hervorhebung dort).

56 Vgl. A. GEWIRTH: The Community of Rights (1996), S. 14.

57 Vgl. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 233 ff. Vgl. ders., ebd., S. 235: Die gewöhnliche Tendenz eines Gelddiebstahls besteht darin, sich nachteilig auf die Fähigkeit zur handelnden Zielerfüllung des Opfers auszuwirken. Dennoch mag es konkrete Fälle geben, in denen der Diebstahl einer kleineren Geldsumme die Handlungsfähigkeit des Betroffenen nicht beeinträchtigt.

Vor dem Hintergrund dieser methodischen Hinweise sind die folgenden Überlegungen zum Krankheitsbegriff als erste Schritte zur Klärung dessen zu verstehen, was aus moralischer Perspektive als Krankheit zu betrachten und dementsprechend moralisch zu berücksichtigen ist.

2. Bestimmung eines Krankheitsbegriffs durch Bezugnahme auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

a) Krankheit als Beeinträchtigung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

Bei GEWIRTH steht die Handlungsfähigkeit im Zentrum der moralphilosophischen Argumentation. Insofern nun „Krankheit" aus moralischer Perspektive betrachtet wird, stellt sich die Frage, welche Ansprüche auf Hilfe Kranke berechtigterweise stellen können und welche Hilfspflichten für andere daraus resultieren. In Anlehnung an GEWIRTH wird zur Klärung dieser Fragen „Krankheit" hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit betrachtet: Inwiefern sich bestimmte physische oder psychische Beeinträchtigungen auf die notwendigen allgemeinen Bedingungen des Handelns in Gegenwart oder Zukunft auswirken, gilt es zu klären. Nun macht es natürlich keinen Sinn, jede Einschränkung handlungsnotwendiger Güter als Krankheit zu bezeichnen. Denn diese kann andere Ursachen haben, man denke etwa daran, dass die „physische Integrität" durch eine Prügelei oder durch Folter außer Kraft gesetzt werden kann, das „geistige Gleichgewicht" durch große Trauer über den Verlust eines Menschen, durch rigide Moralvorschriften oder Psychoterror. Wie also lassen sich krankheitsbedingte Einschränkungen erkennen?

Bei vielen der auf unterschiedliche wissenschaftliche Maßstäbe bezogenen, physischen wie psychischen „Krankheiten" sind die Entstehungsursachen „ab ovo" und die Wirkmechanismen des Krankheitsgeschehens teilweise geklärt, teilweise noch relativ unbekannt. Es sollte also nach Möglichkeit vermieden werden, die Bestimmung von Krankheit sehr eng an den wissenschaftlichen Stand der Forschung zu knüpfen. Für das Folgende werden vielmehr die Zustände bzw. Veränderungen betrachtet, bei denen aus plausiblen Gründen anzunehmen ist, dass ihre „Ursachen" „direkt" im Individuum liegen. Dessen Körper mit seinen vielfältigen physischen und psychischen Prozessen und Wechselwirkungen stellt die unmittelbare „Basis" der physischen oder psychischen Beeinträchtigung dar, die sich dann wiederum im Befinden, Denken und Verhalten eines betroffenen Menschen niederschlägt. Das Erfahrungswissen darüber, wo die „na-

heliegendste Ursache" für eine physische oder psychische Einschränkung liegt, ist zum einen von wissenschaftlichen Erklärungen über die detaillierten Funktionsmechanismen der Krankheit selbst zu unterscheiden, zum anderen von „tiefergehenden" Erklärungen über Entstehungsprozesse bzw. „indirekte" Ursachen. Folgender Maßstab zur Beurteilung *dieser* physischen oder psychischen Zustände als krank oder gesund bietet sich nun mit GEWIRTH' Güterlehre an: Als Krankheit soll gelten, was das Gut Freiheit oder die Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter aktuell oder prospektiv in negativer Weise beeinflusst – und damit die Bedingungen der Möglichkeit, individuell gesetzte Ziele zu verfolgen.

b) Interpretationsbedarf bei der Bestimmung von Krankheit

Für die Bestimmung von „Krankheit" sind auf verschiedenen Ebenen Interpretationen erforderlich: So besteht, wie bereits erwähnt, auf der Ebene der Benennung der Inhalte der handlungsnotwendigen Güter mit abnehmender Notwendigkeit ein zunehmender Interpretationsbedarf. Zwar dürften die von GEWIRTH selbst aufgeführten Beispiele für notwendige Elementar-, Nichtverminderungs- und Zuwachsgüter eine bereits sehr umfassende Ausgangsbasis für den Krankheitsbegriff darstellen. Ergänzungen der Güter, vorausgesetzt, sie lassen sich als notwendige Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit ausweisen, werden unter Umständen deswegen erforderlich sein, weil es sich bei der Frage nach „Krankheitszuständen" und deren Auswirkungen um einen ausgewählten Erfahrungsbereich handelt. Davon abgesehen muss Klarheit über den genauen Inhalt und die Reichweite jedes einzelnen handlungsnotwendigen Guts gewonnen werden: Wie sind beispielsweise die elementaren Güter „physische Integrität" oder „geistiges Gleichgewicht" zu verstehen? Erst dann kann geprüft werden, ob ein „Krankheitszustand" genau diese Güter beeinträchtigt.

Dazu ist auf einer zweiten Ebene nun in gleicher Weise, wie bisher gefragt wurde, welche Handlungen sich auf welche Weise auf die allgemeinen handlungsnotwendigen Güter auswirken, für die Bestimmung von Krankheit zu fragen, welche körperlichen oder seelischen „Krankheitsphänomene" Einschränkungen des Guts Freiheit sowie der Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter mit sich bringen. Dazu muss Erfahrungswissen über die üblichen Auswirkungen sowie über den Verlauf eines physischen oder psychischen „Krankheitsphänomens" erhoben werden. Und zwar muss es sich bei diesem Erfahrungswissen auf jeden Fall um intersubjektiv nachvollziehbare Kenntnisse über Art und Dauer gegenwärti-

ger oder zukünftiger Beeinträchtigungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit handeln. Zugegebenermaßen ist die Abschätzung der kurz- und langfristigen Folgen aufgrund komplexer Sachlagen häufig schwierig. Dies um so mehr, als die allgemeinen Bedingungen der Handlungsfähigkeit physische und psychische Grundfähigkeiten erfordern, so dass alle diesbezüglichen Auswirkungen eines „Krankheitszustands" zu betrachten sind und deren Klärung unter Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven und wissenschaftlicher Disziplinen geschehen muss.

Wenn also nur allgemeine Tendenzen der Beeinträchtigung handlungsnotwendiger Güter eine Rolle spielen sollen, stellt sich die Frage, ob und, wenn ja, auf welche Weise individuell unterschiedliche Ausgangslagen, Situationsumstände und subjektive Krankheitselemente berücksichtigt werden können. Individuen haben ja sehr unterschiedliche Ziele, die sie verfolgen möchten, und benötigen dafür sehr vielfältige und interindividuell variierende Fähigkeiten. Nun wäre es allerdings ein Missverständnis zu meinen, dass diejenigen speziellen Fähigkeiten und Voraussetzungen eines Menschen nicht beeinträchtigt werden dürfen, die ein besonderer Mensch zur Verfolgung seiner besonderen Ziele braucht. Vielmehr sind die individuell beeinträchtigten Fähigkeiten auf GEWIRTH' handlungsnotwendige Güter zu beziehen. Weil diese aber wiederum auf unterschiedlichen „untergeordneten" Fähigkeiten und Bedingungen beruhen, kann es vorkommen, dass ein Krankheitszustand nicht bei jedem Individuum eine Beeinträchtigung hervorruft. So lässt sich das Zusatzgut „Möglichkeit des Erwerbs von Einkommen" beispielsweise durch viele Arten der Berufstätigkeit in einer Gesellschaft umsetzen, das Elementargut „geistiges Gleichgewicht" variiert stark, je nachdem, welche psychischen Coping-Fähigkeiten und welches Lebens- und Selbstverständnis vorliegen. Folglich sind von einer Diskussion über die Voraussetzungen der handlungsnotwendigen Fähigkeiten und Bedingungen zwar keine individuellen und in diesem Sinne subjektiven Faktoren zu erwarten, wohl aber zahlreiche Ausdifferenzierungen für Gruppen von Menschen, welche dann jeweils auf das Kriterium der handlungsnotwendigen Güter rückbezogen sein müssen.

c) Erste Überlegungen zur Bestimmung von Krankheit

Im Folgenden wird über Beispiele versucht, einige „Zustände", die üblicherweise als Krankheit bezeichnet werden, auf die handlungsnotwendigen Güter zu beziehen. Der normative Ausweis von Krankheit wird durch die Frage geleitet, welche der handlungsnotwendigen Güter ein „Krankheitszustand" auf welche Weise beeinträchtigt. Es werden nur einige we-

nige Krankheitsbilder Erwähnung finden, viele Interpretationen und Diskussionen über die Relevanz von „Krankheitszuständen" für die handlungsnotwendigen Güter, viele Abstufungen und Konkretisierungen stehen noch aus. Es soll in diesem Rahmen lediglich deutlich werden, auf welche Weise mithilfe der Güterlehre von GEWIRTH Fragen zu stellen sind, um eine „Krankheit" oder einen bislang noch nicht so bezeichneten Zustand begründet auszuweisen.

Relativ schnell wird man sich vermutlich bei physischen und psychischen „Zuständen" einigen, die „schwerwiegende" Auswirkungen haben: Dass beispielsweise das Gut Freiheit als Kontrolle des eigenen Verhaltens sicherlich dann erheblich eingeschränkt ist, wenn jemand unter Tics leidet, welche auf das Tourette-Syndrom zurückzuführen sind: Die von dieser neurophysiologischen Funktionsstörung Betroffenen zeigen unwillkürliche Bewegungen und stoßen in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen unwillkürlich Schimpfworte oder Tierlaute aus, unterbrechen also zwangsläufig eigene Handlungen und irritieren ihre Interaktionspartner. Auch lässt sich nachvollziehen, dass sich dieser Zustand negativ auf die Elementargüter „geistiges Gleichgewicht" und „Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen" auswirken kann. Ebenso leuchtet vermutlich ein, dass eine Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium oder eine sich manifestierende HIV-Infizierung häufig elementare Güter beeinträchtigen, nämlich die „physische Integrität", indem einige körperliche Fähigkeiten akut nicht verfügbar sind, das „geistige Gleichgewicht" und „die Grundzuversicht in das eigene Zielverfolgungsvermögen", weil der „Krankheitszustand" und die damit verbundenen Zukunftsaussichten zumindest phasenweise Ängste, Depression und Hilflosigkeit mit sich bringen. Auch nahe liegend dürfte sein, dass sich sehr starke Dauerschmerzen, abgesehen von einer Beeinträchtigung der Elementargüter „physische und psychische Integrität" und „elementare Zuversicht in die Möglichkeit, gesetzte Ziele zu erreichen", vermutlich langfristig ebenso negativ auf die Nichtverminderungsgüter „Fähigkeiten zur Zukunftsplanung", „Fähigkeit, sich vor Betrug und Lügen zu schützen"[58] sowie „Fähigkeiten zum Erwerb handlungsrelevanter Kenntnisse" auswirken. Hingegen wird eine akute Blinddarmentzündung, falls rechtzeitig behandelt, eine wenn auch deutliche, so doch kurzfristige Beeinträchtigung von Elementar-, Nichtverminderungs- und Zuwachsgütern zur Folge haben. Inwiefern jedoch eine leichte Grippe oder aber eine in regelmäßigen Ab-

58 Vgl. für diese (und weitere) Erläuterungen der Nichtverminderungsgüter A. GEWIRTH: Self-Fulfillment (1998), S. 123.

ständen wiederkehrende Migräne die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen, müsste unter Heranziehung multidisziplinärer Forschungserkenntnisse und Erfahrungen zahlreicher Betroffener eingehender diskutiert werden.

Auch kann es Krankheitszustände geben, die das Niveau der allgemeinen Handlungsfähigkeit nur bei manchen Individuen beeinträchtigen oder eine Steigerung verhindern, weil manche der von GEWIRTH herausgearbeiteten Güter – ganz deutlich etwa einige Zusatzgüter – von interindividuell unterschiedlichen Lebenswegen und Fähigkeiten bestimmt werden: So hängt beispielsweise das Zusatzgut „Möglichkeit, Einkommen und Vermögen zu erwerben" neben gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stark vom jeweiligen Ausbildungsweg und den für die Berufstätigkeit erforderlichen Fähigkeiten ab: Eine Mehlstauballergie schränkt einen Bäcker, nicht jedoch zwangsläufig das Vorstandsmitglied einer Bank ein. Leichte Verwachsungen in der Handsehnenscheide haben bei einem Berufsmusiker viel weitreichendere Auswirkungen auf die Nichtverminderungs- und Zusatzgüter als derselbe Sachverhalt bei einem Gesprächspsychotherapeuten. Aber auch das Elementargut „geistiges Gleichgewicht" kann etwa durch eine Multiple Sklerose unterschiedlich stark betroffen sein – und zwar in Abhängigkeit vom Selbst- und Lebensverständnis, vom Alter des Betroffenen sowie vom Stadium (Beginn oder neuer „Schub") der Krankheit. Obgleich auf dieser Ebene intra- und interindividuelle Variationen Eingang finden, heißt dies, wie bereits erwähnt, nicht, dass die Interpretation der handlungsnotwendigen Güter sich jede individuell-subjektive Wahrnehmung zu eigen machen darf. Vielmehr ist nach solchen Faktoren zu suchen, welche in einer intersubjektiv nachvollziehbaren Weise auf die handlungsnotwendigen Güter Einfluss nehmen.

Für die Frage nach dem Stellenwert subjektiver Wahrnehmungen und Voraussetzungen besonders interessant ist das Zuwachsgut „Selbstwertschätzung".[59] Dieses gründet auf der Überzeugung, dass die eigenen Pläne und Zwecke es wert sind, verfolgt zu werden, und dass man die Fähigkeit hat, sie auszuführen.[60] Selbstverständlich variieren die Eigenschaften, Fähigkeiten und Ziele, für die sich jemand selbst schätzt, und von ihrem Beeinträchtigtsein kann ein Krankheitsbegriff nicht abhängig gemacht wer-

59 GEWIRTH' Terminus „self-esteem" wird hier etwas ungelenk mit „Selbstwertschätzung" übersetzt statt wie sonst üblich mit „Selbstachtung„, weil GEWIRTH zwischen den Zusatzgütern „self-respect" und „self-esteem" unterscheidet. „Self-respect" beinhaltet bei ihm die moralische Pflicht, die konstitutiven Rechte anderer zu berücksichtigen. Vgl. A. GEWIRTH: The Community of Rights (1996), S. 79.

60 Vgl. A. GEWIRTH: Self-Fulfillment (1998), S. 80, 95.

den. Stattdessen sind wieder begründete Abstufungen zu suchen: Menschen mit einer Querschnittslähmung sind im Allgemeinen in ihrer Fähigkeit zur Zielverfolgung einschränkt und deshalb häufig auch in ihrer Selbstwertschätzung bedroht. Wie sieht es aus bei geringfügigeren Einschränkungen? Die Überzeugung, dass die eigenen Ziele und Pläne es wert sind, verfolgt zu werden, speist sich nicht zuletzt aus sozialer Anerkennung, welche wiederum auf sehr unterschiedlichen Charakteristika (Aussehen, Fähigkeiten) beruht. Versteht sich also jemand z. B. als Sportskanone und bezog bislang fast ausschließlich über sportliche Erfolge seine soziale Anerkennung, beeinträchtigt ihn eine Meniskusabnutzung weit stärker als einen Hobbymusiker. Umgekehrtes gälte für den Hobbymusiker mit einem leichten Tinnitus, der im Chor und bei der Kammermusik bisher viele Komplimente für sein gutes Gehör erntete. Allerdings wäre in diesen Fällen erst zu bestimmen, inwieweit sich eine derartige Beeinträchtigung tatsächlich nachhaltig und nicht kompensierbar auf das handlungsnotwendige Zuwachsgut „Selbstwertschätzung" auswirkt und, davon abgesehen, nicht doch andere Begleiterscheinungen wie Schmerzen oder Hörverlust den Krankheitswert bestimmen, weil sie notwendige Elementar- und Nichtverminderungsgüter beeinträchtigen. Auch beim Zusatzgut „Selbstwertschätzung" bleibt die Forderung bestehen, dass es sich zum einen um auch für andere als nur die betroffene Person feststellbare, etwa durch Anhaltspunkte in Biographie oder Lebensführung nachvollziehbare Einschränkungen und zum Zweiten um Einschränkungen der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit handelt. Klagte ein Betroffener etwa nach einer Blinddarmoperation über Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen, die noch alle Organe besitzen, wäre dies für Außenstehende schwerlich nachvollziehbar und der Wunsch nach einer Blinddarmtransplantation müsste ungehört verhallen. Abgesehen von diesem Beispiel wird es, wie oben angedeutet, offensichtlich schwieriger, bei den notwendigen Zuwachsgütern und speziell beim Gut „Selbstwertschätzung" intersubjektiv nachvollziehbare und feststellbare Tendenzen auszumachen.

Nicht nur die Zuwachsgüter, sondern auch die anderen handlungsnotwendigen Güter hängen in gewisser Weise vom familiären und gesellschaftlichen Umfeld ab. Dies führt unter anderem zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen Krankheit, gesellschaftlichen Bedingungen und gesellschaftlicher Diskriminierung. Inwiefern wird das Ausmaß einer Beeinträchtigung handlungsnotwendiger Güter nicht nur von unabänderlichen, sondern auch gesellschaftlich beeinflussbaren Faktoren bestimmt?

Hierzu nur einige Bemerkungen: Die allgemein notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit jedes Menschen hängen zum einen von den individuumsbezogenen physischen und psychischen Zuständen, zum anderen eben auch mehr oder weniger von sozialen Einstellungen und Reaktionen ab. So sind zahlreiche krankheitsbedingte Einschränkungen und Behinderungen mit negativen gesellschaftlichen Reaktionen verbunden, z. B. bei einer AIDS-Erkrankung. Darüber hinaus gibt es auch „Zustände", die fast ausschließlich deshalb handlungsnotwendige Güter beeinträchtigen, weil sie in der Regel negative soziale Reaktionen hervorrufen, etwa Kleinwuchs oder starke Körperbehaarung bzw. Glatzenbildung bei Frauen. Die Forderung nach feststellbaren und allgemeinen Tendenzen der Ausgrenzung und Benachteiligung vorausgesetzt, ist durchaus denkbar, dass dadurch die Elementargüter „geistiges Gleichgewicht" und „eine Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erlangen" oder etwa das Nichtverminderungsgut „Wissen über Fakten, die für die Zukunftsplanung relevant sind", oder die Zuwachsgüter „Selbstwertschätzung" und die „Fähigkeit, Einkommen und Vermögen zu erwerben" beeinträchtigt werden. Obwohl derartige Verletzungen der notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit keine „Krankheit" darstellen, wird sich nur vor dem Hintergrund sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Überlegungen ausmachen lassen, welcher Anteil der Beeinträchtigung überwiegend durch soziale und gesellschaftliche Ablehnung bedingt ist und aus Gründen der Achtung grundlegender Individualrechte verändert werden müsste.

d) Vorzüge und Grenzen eines über die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit bestimmten Krankheitsbegriffs

Der neu gewonnene Krankheitsbegriff lässt sich hinsichtlich seiner Vorzüge und Grenzen wie folgt charakterisieren:

Erstens: In welcher Hinsicht sind nun Grenzziehungen möglich?

Das ethisch-normative Kriterium der notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit füllt das Begründungsdefizit anderer Krankheitsbegriffe und stellt ausweisbare Grenzziehungen zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit in Aussicht – und zwar für die moralische Dimension, nach der Krankheit für das Handeln eines Menschen relevant ist. Der negativ bestimmte Begriff von Krankheit bezieht sich auf ein Weniger an handlungsnotwendigen Gütern, wodurch sich der „Schweregrad" verschiedener Krankheiten bestimmen lässt. Gleichwohl beansprucht der so

geartete Krankheitsbegriff keine Vollständigkeit und in jeder Hinsicht überzeitliche Gültigkeit, sondern bezieht sich methodisch reflektiert auf verschiedenen Ebenen auf weiterführende Interpretationen.

Weil der Gegenstandsbereich, auf den sich Krankheit bezieht, nicht exklusiv ist, sondern die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit auch durch andere Faktoren beeinflusst werden, bedarf es der Vorannahme „direkt" im Individuum liegender physischer und psychischer Ursachen. Nur insofern diese auf Erfahrungswissen aufbauende Unterscheidung zwischen „direkten" und „indirekten" Ursachen bei einem Krankheitszustand plausibel ist, sind weitergehende Überlegungen sinnvoll.

Der an den notwendigen allgemeinen Bedingungen der Handlungsfähigkeit ausgerichtete Krankheitsbegriff unterscheidet nicht zwischen Krankheit, Behinderung im Sinne chronischer physischer oder psychischer Beeinträchtigungen[61] und altersbedingten Degenerationserscheinungen. Vielmehr gilt bei jedem Menschen das Kriterium der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit. Statt der moralphilosophisch problematischen Differenzierung zwischen Krankheit und Gesundheit in Abhängigkeit von bestimmten Lebensphasen[62] sind also die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zu entfalten.

Es versteht sich von selbst, dass die Beeinträchtigungen, die keine Auswirkungen auf die notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit haben, nicht als „Krankheit" gelten können. Insofern erfasst der auf GEWIRTH' Güterlehre aufbauende Krankheitsbegriff sicherlich nur einen Kernbestand dessen, was im Lichte anderer Krankheitsverständnisse als Krankheit gilt. So ist beispielsweise die medizinische Praxis auch durch (vermutlich nicht moralisch-normativ ausweisbare) individuelle oder gesellschaftliche Wertüberzeugungen motiviert, die sich in Praktiken wie beispielsweise Facelifting, Dopingbehandlung zur Steigerung erwünschter Funktionen niederschlagen oder in humangenetischen Forschungsbemühungen zur Optimierung bevorzugter menschlicher Merkmale. Es liegt darüber hinaus kein positiv formulierter Gesundheitsbegriff vor, der auch Orientierung für Fragen des guten Lebens bieten könnte.

Zweitens: Inwiefern wird Krankheit „objektiv" und inwiefern „subjektiv" bestimmt?

61 Behinderung wird an dieser Stelle ausnahmsweise nicht sozialkritisch als gesellschaftlich bedingte Be-hinderung und Benachteiligung verstanden, obwohl dies die zentrale Bedeutung des Behinderungsbegriffs ist.

62 Dies fordert beispielsweise N. S. JECKER: Towards a Theory of Age-Group Justice (1989).

Ein großer Vorteil des dargelegten Krankheitsverständnisses ist die klare Abgrenzung gegen einen rein individuell-subjektiv bestimmten Krankheitsbegriff. Nur dann, wenn Güter beeinträchtigt werden, die für die Bedingungen der Handlungsfähigkeit allgemein notwendig sind, soll von Krankheit die Rede sein, d. h. die Skala dessen, was als Krankheit gilt, bleibt nach unten hin nicht offen. Denn die normative Forderung nach Sicherstellung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit schließt die Möglichkeit aus, jegliches psychische Unbehagen oder jeden individuell unerwünschten körperlichen Zustand als Krankheit zu bezeichnen. Relevant ist das individuelle Erleben von Kranksein, Schmerzen und Einschränkung deshalb nur insoweit, als dies einer allgemeinen Tendenz entspricht, sich auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit auszuwirken. Gleichwohl ist ein so gearteter Krankheitsbegriff nicht unsensibel gegenüber vielfältigen Perspektiven und Erfahrungen, unterscheidet sich also beispielsweise auch von Krankheitsbegriffen, die sich auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse über für Menschen im allgemeinen „gute" Reaktionen und Interaktionen beziehen.[63] Dennoch sollte keinesfalls der Eindruck entstehen, dass das subjektive Leiden eines Menschen, seine individuellen Erfahrungen und existentiellen Deutungen bedeutungslos und damit ignorierbar wären. Darüber kann der vorliegende Ansatz aufgrund seiner anders gelagerten Kriterien lediglich nicht befinden.

Zusammenfassend heißt dies, dass aus einer verallgemeinerbaren Begründung eines normativen Kriteriums und einer intersubjektiv nachvollziehbaren Grenzziehung zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit nicht zwingend ein „objektivistisches" Krankheitsverständnis folgt. Weil jedoch für Grenzziehungen die Auswirkungen eines „Krankheitszustands" auf die handlungsnotwendigen Güter zu interpretieren sind, nimmt mit abnehmender intersubjektiver Nachvollziehbarkeit die Verbindlichkeit der Zuschreibung „Krankheit" ab. Wo letztlich bei einzelnen physischen und/oder psychischen „Zuständen" konkret die Grenzen verlaufen, mag deshalb in manchen Fällen strittig bleiben.

Drittens: Welche Disziplinen sind an der Beschreibung von „Krankheitszuständen" beteiligt?

Ein Krankheitsbegriff nach GEWIRTH muss sowohl physische als auch psychische Dimensionen miteinbeziehen, weil sie gleichermaßen für die

63 Vgl. z. B. R. S. LAZARUS u. a.: Stress, Appraisal, and Coping (1984) oder einen (in diesem Text nicht vorkommenden) Krankheitsbegriff, der seine schwach moralische Normativität z. B. von NUSSBAUMs „capabilities"-Liste her bezöge – vgl. M. NUSSBAUM: Non-relative virtues (1993), S. 265 ff.

notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit relevant sind. Da zahlreiche biophysiologische Funktionen durchaus Voraussetzungen für die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit darstellen und in dieser Hinsicht das biologische Funktionieren moralisch wertvoll sein kann, lässt sich der Krankheitsbegriff nach BOORSE an dieser Stelle methodisch angemessen integrieren. Ebenso lassen sich psychosomatische und sozialmedizinische Perspektiven und damit stärker „psycho-sozial" ausgerichtete Krankheitsverständnisse integrieren. Generell sind Erkenntnisse aus zahlreichen Disziplinen sowie Perspektiven, die physische, psychische und soziale Folgen eines Krankheitszustands aufzeigen können, gefragt. Indem „Beschreibungen" und Erkenntnisse multidisziplinär erfasst und auf den gemeinsamen Nenner der handlungsnotwendigen Güter hin ausgewertet werden, gewährleistet GEWIRTH' normativer Bezugspunkt sozusagen einen vermittelnden und damit interdisziplinären Maßstab.[64] Da es sich um Wissen aus zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, ebenso aber um andere Formen von Erfahrungswissen handeln kann, besteht nur mittelbar eine Abhängigkeit vom jeweiligen Diskussions- und Forschungsstand *einer* Disziplin.

3. Moralisch-normative Implikationen: Ausblick auf Rechte und Pflichten in Bezug auf Krankheit

Welche unbedingten moralischen Handlungsnormen, als Rechte und Pflichten kranker und gesunder Individuen sowie gesellschaftlicher Institutionen formuliert, lassen sich nun aus dem dargelegten Verständnis von Krankheit ableiten? Ohne im Rahmen dieses Artikels erschöpfend begründete Antworten geben zu können, sollen zumindest einige Argumentationsrichtungen angedeutet werden.

Mit GEWIRTH lassen sich gemäß dem „Prinzip der Menschenrechte" an der Hierarchie der Güter ausgerichtete abgestufte Rechte auf Hilfe in Abhängigkeit von den Auswirkungen eines „Krankheitszustands" auf die handlungsnotwendigen Bedingungen fordern. Da viele „Krankheitszustände" einen Handlungsfähigen in seinen Rechten auf Freiheit und auf die Elementargüter einschränken, zudem neben der aktuellen auch meist seine zukünftige Handlungsfähigkeit bedrohen, besteht vermutlich in vielen

64 Ich unterscheide in Anlehnung an M. DÜWELL (Ethik in den Wissenschaften (2001)) zwischen Multidisziplinarität als bloßer Beteiligung verschiedener Disziplinen und Interdisziplinarität, bei der über eine gemeinsame Fragestellung die verschiedenen Disziplinen in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden.

Fällen ein Recht auf Hilfe, um die grundlegendsten allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen zu schützen oder wiederherzustellen – sofern der betroffene Mensch dies selbst nicht zu leisten vermag.

Die Grundbedingung des Wissens um den Hilfebedarf einmal vorausgesetzt, ergibt sich aus der Problematik positiver Rechte, dass die entsprechenden Pflichten zur Hilfe aufgrund einer Überforderung einzelner, d. h. aufgrund des Mangels an medizinischen und pflegerischen Fachkenntnissen sowie zeitlichen, finanziellen und technischen Mitteln wichtige positive Pflichten an gesellschaftliche Institutionen delegiert werden müssen, will man eine gerechte Verteilung von Hilfsleistungen, so dass jeder Kranke in der Tat und in der gleichen Weise wie alle anderen in vergleichbarem Zustand Hilfe erhält.[65] In einer ausführlicheren Argumentation über ein aus gemeinschaftlichen Mitteln finanziertes Krankenversorgungssystem müsste den nach Wichtigkeit für die Handlungsfähigkeit hierarchisch angeordneten Gütern mit Blick auf Krankheitstyp und -verlauf sowie die entsprechenden physischen, psychischen und psycho-sozialen Auswirkungen abgestufte Rechte auf Hilfe zugeordnet werden. Dabei gälte es, neben dem Gut „Freiheit" und den Elementargütern, auf die zweifelsohne ein besonders starker Anspruch besteht, auch Nichtverminderungs- und Zusatzgüter miteinzubeziehen. Sodann wären die den Gütern entsprechenden Rechte des Kranken mit den Rechten anderer Handlungsfähiger zu konfrontieren. Wie weit allerdings die positiven Pflichten zur Hilfeleistung in Sachen Krankheit reichen, kann in diesem Rahmen nicht beantwortet werden, da die Frage der Berechtigung für jedes notwendige Gut der allgemeinen Handlungsfähigkeit gesondert zu diskutieren ist. Vermutlich lassen sich letztlich auch nicht alle Fragen durch den Ausweis von Hilfsrechten und -pflichten regeln, sondern ab einem bestimmten Punkt stellt sich die Aufgabe, auf anderem Weg – etwa kritisch-hermeneutisch – einige Wertungen im Unterschied zu anderen als plausibel auszuzeichnen.

Gehen wir nun davon aus, dass ein kranker Mensch, der sich nicht selbst helfen kann, in der Regel ein Recht auf Hilfe durch andere hat und in einer Gesellschaft lebt, in der die Aufgaben der Hilfeleistung an Institutionen und Fachleute delegiert wurden: Besteht für diesen Notleidenden vice versa die Pflicht, „Hilfe" in Anspruch zu nehmen, ja sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen zu lassen, d. h. hat er gewissermaßen eine Pflicht zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Erweiterung der für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendigen Fähigkeiten und

65 Vgl. K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 271.

Voraussetzungen? Aus der Perspektive eines Handlungsfähigen wäre es widersprüchlich, einer Beschränkung seines Rechts auf Freiheit durch andere zuzustimmen, wenn er selbst keinen Wert auf Wiederherstellung oder Erhalt seines gesundheitlichen Zustands legt. Vorausgesetzt, es können keine berechtigten Zweifel an der Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit dieses Menschen vorgebracht werden, gebietet es folglich sein Recht auf Freiheit, sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Die Frage, ob jemand gegen seinen Willen zu diagnostischen (z. B. genetischen) Untersuchungen oder Behandlungen verpflichtet werden kann, wenn keine wesentlichen individuellen Rechte anderer verletzt sind, ist folglich zu verneinen.

Aus dem *„Prinzip der Menschenrechte"* ergibt sich selbstredend auch, dass in keinem Fall die elementaren Rechte individueller Handlungsfähiger mit geringfügigeren Interessen eines Kollektivs verrechnet werden dürfen. Konkurrierende, durch das oberste Moralprinzip ausgewiesene Rechte mehrerer Handlungsfähiger müssten über das Gewichtungskriterium der ‚Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit' gegeneinander abgewogen werden. Jede zwangsweise Maßnahme der Krankheitsbehandlung (z. B. im Fall einer ansteckenden lebensgefährlichen Infektion) oder der individuellen Gesundheitsprophylaxe wäre auf diese Weise auf ihre Berechtigung hin zu prüfen. Entscheidend bei diesem Vorgehen ist jedoch, dass alle Konflikte in die Sprache der individuellen Rechte und Pflichten zu übersetzen sind, sich somit utilitaristische Nutzenmaximierungserwägungen verbieten.

Wie verhält es sich allerdings mit Hilfeansprüchen Kranker, wenn es wissenschaftlich belegte Indizien dafür gibt, dass der Zustand aufgrund der Lebensführung des Betroffenen zum Großteil „selbstverschuldet" ist? Hier ist einerseits sehr genau zu erkunden, wie gesichert derartige Aussagen über Ursache-Wirkungszusammenhänge tatsächlich sind,[66] andererseits ist zu erkunden, inwieweit seitens des Betroffenen wirklich ein freiwilliges und absichtsvolles Handeln vorlag.[67]

Wie bereits erwähnt, bringt das Ansetzen beim handlungsfähigen Individuum zwangsläufig eine Unbestimmtheit hinsichtlich noch nicht handlungsfähiger oder nie (mehr) handlungsfähiger menschlicher Wesen mit

66 Dabei ist die Gesichertheit wissenschaftlicher Erkenntnisse zu berücksichtigen, die u. a. davon abhängt, ob Kausalitäts- oder Korrelationsaussagen (mit ihrem je unterschiedlichen wissenschaftlichen Geltungsanspruch) zugrunde liegen, ob es bereits ein Erklärungsmodell gibt etc.

67 Hier schließen sich Fragen nach Autonomiekonzept und Mindestkriterien autonomer Entscheidung an.

sich. Mit diesen, aus der Begrenzung des Geltungsbereichs einer moralischen Theorie resultierenden, offenen Fragen steht GEWIRTH zwar nicht allein, gleichwohl wären hier weitere Überlegungen zur Handlungsfähigkeit und zum moralischen Status von Menschen am Lebensanfang oder Lebensende anzustellen. Keinesfalls sollte in diesen Fällen von vornherein von einer Nicht-Zuschreibbarkeit moralischer Rechte ausgegangen werden.[68]

Bisher blieb, indem pauschal von Hilfeleistungen die Rede war, offen, auf welche Weise, d. h. durch welche Mittel und Wege krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zu beheben seien. Ohne Zweifel hat ein gemäß den vorgestellten Kriterien Kranker Anspruch auf optimale Behandlung, Linderung, Pflege oder Rehabilitation. Darunter fallen u. a. psychologische Hilfen zur Verarbeitung des Krankheitszustandes, denn auch auf diesem Weg können sich eingeschränkte Bedingungen der Handlungsfähigkeit wieder bessern.

Es versteht sich darüber hinaus fast von selbst, dass ein Kranker entsprechend GEWIRTH' „Prinzip der Menschenrechte" auch Anspruch darauf hat, nicht aufgrund eines vorliegenden Krankheitszustandes benachteiligt zu werden. Da die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit allerdings mit materialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen interagieren, wird es manchmal z. B. hinsichtlich der Güter „geistiges Gleichgewicht", „Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen" und „Selbstwertschätzung" schwierig sein, zwischen unmittelbar durch den physischen und psychischen Zustand bedingten primären Einschränkungen und den sekundären Einschränkungen zu unterscheiden, die durch die Antizipierung negativer sozialer Reaktionen hervorgerufen werden. Wie weitgehend über das Verbot eindeutiger Benachteiligungen hinaus außerdem Ansprüche darauf bestehen, die materiale Umwelt sowie gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen so zu verändern, dass sie die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit bleibend eingeschränkter, d. h. chronisch kranker, behinderter oder älterer Menschen fördern, deren physischer oder psychischer Zustand mit medizinischen und anderweitig therapeutischen Mitteln eben nicht mehr verbessert werden kann, muss ebenso wie zahlreiche andere Fragen weitergehenden ethischen Diskussionen überantwortet werden.[69]

68 Vgl. für eine Diskussion dieser Fragen K. STEIGLEDER: The Moral Status of Potential Persons (1998).

69 Für Diskussionen und Verbesserungsvorschläge danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Interfakultären Zentrums für Ethik in den Wissenschaften, insbesondere Marcus Düwell und Micha H. Werner.

Zusammenfassung

BOBBERT, Monika: **Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 405 – 440

Im ersten Teil werden in der Literatur vertretene Möglichkeiten der Zuschreibung von „Krankheit" in der Medizin dargestellt. Es wird u. a. ausgeführt, warum es keinen wertneutralen (natur-)wissenschaftlichen Krankheitsbegriff geben kann. Im zweiten Teil wird ein moralisch-normativer Krankheitsbegriff vorgestellt, der auf der ethischen Theorie des amerikanischen Philosophen Alan Gewirth aufbaut und von dem behauptet wird, er lasse sich über eine rationale ethische Argumentation ausweisen. Abschließend werden die Konsequenzen, die ein solcher Krankheitsbegriff für das individuelle und institutionelle Handeln mit sich bringt, skizziert.

Krankheitsbegriff/Krankheitskonzept
Krankheit als evaluativer Begriff
Krankheitsbegriff, normativer
Gewirth, Alan
Handlungsfähigkeit
Hierarchie notwendiger Güter
Moralische Rechte, positive and negative

Summary

BOBBERT, Monika: **The problem of conceptualizing „disease" and the draft of a morally normative concept of disease following the moral philosophy of Alan Gewirth,** *ETHICA;* 8 (2000) 4, 405 – 440

In the first part the different possibilities of conceptualizing „disease" in medicine, that are advocated in literature, are being discussed. It is shown, e. g., why there can't be a value-neutral scientific concept of disease. In the second part a morally normative concept of disease is presented which is based on the ethical theory of the American philosopher Alan Gewirth and which is said to be provable by rational ethical argumentation. And finally, the consequences brought about by such a concept of disease for individual as well as institutional action are outlined.

Concept of disease
Disease as evaluative concept
Disease as normative concept
Gewirth, Alan
Capacity for action
Hierarchy of necessary goods
Moral rights, positive and negative

Literatur

BOORSE, Christopher: On the Distinction between Disease and Illness. In: Philos. and Public Affairs; 5 (1975) 1, 49 – 68.
BOORSE, Christopher: Health as a Theoretical Concept. In: Phil. of Science; 44 (1977), 542 – 573.
BROCKHAUS, Die Enzyklopädie, Stichw. „Gesundheit". – 19. Aufl. – Mannheim: Brockhaus, 1989.
CANGUILHEM, Georges: Krankheit, Genesung, Gesundheit. In: Karl E. ROTHSCHUH (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. – Darmstadt: Wiss. Buchges., 1975, S. 154 – 174.
CAPLAN, Arthur L.: The Concepts of Health, Illness and Disease. In: Robert VEATCH (Hg.): Medical Ethics. – 2. Aufl. – Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers, 1997, S. 57 – 74.
DANIELS, Norman: Just Health Care. – Cambridge: Cambridge Univ. Press., 1985.
DÜWELL, Marcus: Ethik in den Wissenschaften. In: Julia DIETRICH / Frank-Thomas HELLWIG (Hg.): Wissenschaftsethik – Leitideen für Schule und Bildung, 2001 (in Vorbereitung).
ENGEL, George L.: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science; 196 (1977), 129 – 136.
ENGELHARDT, Dietrich von: Stichwort „Krankheit". In: Albin ESER / Markus von LUTTEROTTI / Paul SPORKEN (Hg.): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. – Freiburg: Herder, 1989, S. 646 – 659.
ENGELHARDT, H. T.: The Concepts of Health and Disease. In: Arthur L. CAPLAN / H. Tristram ENGELHARDT (Hg.): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives, Reading. – Mass.: Addison-Wesley, 1981, S. 31 – 46.
ENGELHARDT, H. Tristram / WILDES, Kevin W.: Health and Disease. Philosophical Perspectives. In: Warren Th. REICH (Hg.): Encycl. of Bioethics. – New York: Macmillan, ^{2}1995, S. 1101 – 1106.
ENGELHARDT, H. T.: The Foundation of Bioethics. – New York / Oxford: Oxf. Univ. Press, ^{2}1996.
EPSTEIN, Julia: Altered Conditions. Disease, Medicine, and Storytelling. – New York: Routledge, 1995.
FULFORD, K. William M.: Moral Theory and Medical Practice. – Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
GERT, Bernard / CULVER, Charles M. / CLOUSER, Danner K.: Bioethics: A Return to Fundamentals. – New York: Oxford University Press, 1997.
GEWIRTH, Alan: Reason and Morality. – Chicago: Univ. of Chicago Press, 1978.

GEWIRTH, A.: Human Rights. Essays on Justification and Applications. – Chicago: University of Chicago Press, 1982.
GEWIRTH, A.: Die rationalen Grundlagen der Ethik. In: Klaus STEIGLEDER/Dietmar MIETH (Hg.): Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth? – Tübingen: Attempto, 1989, S. 3 – 36.
GEWIRTH, A.: The Community of Rights. – Chicago: Univ. of Chicago Press, 1996.
GEWIRTH, A.: Self-Fulfillment. – Princeton: Princeton University Press, 1998.
HABERMAS, Jürgen: Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft. In: Ders.: Erläuterungen zur Diskursethik. – Frankfurt a. M., 1991, S. 100 – 118.
HESSLOW, Germund: Do we need a Concept of Disease? In: Theor Med; 14 (1993), 1 – 4.
HONNEFELDER, Ludger: Humangenetik und Pränataldiagnostik. Die normative Funktion des Krankheits- und Behinderungsbegriffs: Ethische Aspekte. In: Carl-Friedrich GETHMANN/L. HONNEFELDER (Hg.): Jahrb. f. Wissenschaft und Ethik, Bd. 1. – Berlin: de Gruyter, 1996, S. 121 – 127.
HUCKLENBROICH, Peter: Künstliche Intelligenz und medizinisches Wissen. Wissenschaftstheoretische Grundfragen von Expertensystemen und wissensbasierter Programmierung. – Universität Münster, Habilitationsschrift, 1989.
JECKER, Nancy S.: Towards a Theory of Age-Group Justice. In: J Med & Philos; 14, (1989), 655 – 676.
KUHN, Thomas S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. – Frankf./M.: Suhrkamp, ^{2}1976.
LANZERATH, Dirk/HONNEFELDER, Ludger: Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik. In: Marcus DÜWELL/Dietmar MIETH (Hg.): Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive. – Tübingen: Francke, 1998, S. 51 – 77.
LAZARUS, Richard S./FOLKMAN, Susan: Stress, Appraisal, and Coping. – N. York: Springer 1984.
MARGOLIS, Joseph: The Concept of Disease. In: J Med & Philos; 1 (1976) 3, 238 – 255.
MILTNER, Wolfgang/BIRBAUMER, Niels/GERBER, Wolf-Dieter: Verhaltensmedizin. – Berlin: Springer, 1986.
NORDENFELT, Lennart: On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach. – 2. Aufl. – Dordrecht: Riedel Publishing Company, 1995.
NUSSBAUM, Martha: Non-relative virtues: An Aristotelian Approach. In: Dies./SEN, Amartya (Hg.): The Quality of Life. – New York: Oxford Univers. Press, 1993, S. 242 – 269.
ROTHSCHUH, Karl E. (Hg.): Der Krankheitsbegriff. In: Ders.: Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. – Darmstadt: Wiss. Buchgesell., 1975, S. 397 – 421.
SCADDING, J. G.: Health and Disease: What can Medicine do for Philosophy? In: J Med Eth; 14 (1988), 118 – 124.
STEIGLEDER, Klaus: Die Begründung des moralischen Sollens. Studien zur Möglichkeit einer normativen Ethik. – Tübingen: Attempto, 1992. Überarb. Neuauflage des 2. Teils zu A. Gewirth: Ders.: Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. – Freiburg i. Br.: Alber, 1999.
STEIGLEDER, Klaus: Gewirth und die Begründung der normativen Ethik. In: Z f philos. Forschung; 51 (1997) 2, 251 – 267.
STEIGLEDER, K.: The Moral Status of Potential Persons. In: Elisabeth HILDT/Dietmar MIETH (Hg.): In Vitro Fertilisation in the 1990s. Toward a Medical, Social, and Ethical Evaluation. – Aldershot: Ashgate, 1998, S. 239 – 246.
SZASZ, Thomas S.: The Myth of Mental Illness. In: American Psychologist; 15 (1960), 113 – 118.
UEXKÜLL, Thure von/WESIAK, Wolfgang: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. – 3. Aufl. – München u. a.: Urban und Schwarzenberg, 1998.
Themenheft „Health and Disease" des J Med Philos; 20 (1995).
VIRCHOW, Rudolf: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd.1: Allgemeine Störungen, Abschn. I-III. – Erlangen, 1854, zit. Nach: Karl E. ROTHSCHUH: Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. – Stuttgart: Hippokrates, 1978, S. 430.
WALTERS, LeRoy/GAGE PALMER, Julie: The Ethics of Human Gene Therapy. – New York: Oxford Univ. Press, 1997.
WIELAND, Wolfgang: Strukturwandel der Medizin u. ärztliche Ethik. Philos. Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. – Heidelbg.: Winter Universitätsverlag, 1986, S. 38 ff.
WIESING, Urban: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten?. In: Z Med Eth; 44 (1998), 83 – 97.
ZITTERBARTH, Walter: Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. In: Rainer LUTZ/Norbert MARK (Hg.): Wie gesund sind Kranke? – Göttingen: Hogrefe, 1995, S. 27 – 40.

Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Monika Bobbert, Universität Tübingen, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Keplerstr. 17, D-72074 Tübingen

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

8. Jahrgang 2000 Innsbruck: Resch

Leitartikel

Monika Bobbert: Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth 405
Christine Hauskeller: Die Stammzellforschung und das ärztliche Selbstverständnis zwischen wissenschaftlicher und ethischer Perspektive 367
Bernhard Irrgang: Hermeneutik und Ethik 267
Hartmut Kreß: Gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Rechts- und sozialethischer Perspektive 339
Hans Lenk: Zum Ethiknachlass Albert Schweitzers. In memoriam Albert Schweitzer zum 125. Geburtstag 2000 279
Giovanni Maio: Zur Philosophie der Nutzen-Risiko-Analyse in der ethischen Diskussion um die medizinische Forschung 385
Werner Mittelstaedt: Abriss über Verantwortung und Ethik in Wissenschaft und Technik 139
Hans J. Münk: Die Biodiversitätsproblematik als Prüfstein für Naturbewertungsverfahren 241
Josef Römelt: Ethik 2000. Information und Konsens 3
Josef Römelt: Ethik für das dritte Jahrtausend? Problemfelder und Methodenfragen einer wissenschaftlichen Disziplin in der Jahrtausendwende 5
Viola Schubert-Lehnhardt/Christel Gibas/Birgit Möbest: Gerechtigkeit und Solidarität im Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik. Zu Sichtweisen der Bevölkerung Sachsen-Anhalts auf Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen in Deutschland 157
Ulrich Thielemann: Was spricht gegen angewandte Ethik? Erläutert am Beispiel der Wirtschaftsethik 37
Elmar, Waibl: Sind Werte willkürlich? Möglichkeit und Grenzen rationaler Normbegründung – illustriert anhand von Marquis de Sades Hobbes-Kritik 227
Erdmann Walz: Vom Prinzip Verantwortung zur Verantwortlichkeit. Zum Problem der Handlungsmotivation 23
Karsten Weber: Brauchen wir eine Ethik der Informations- und Kommunikationstechnologien? Brauchen wir eine Informationsethik? ... 115

Diskussionsforum

Nicole C. Karafyllis: Nachwachsende Rohstoffe. „Naturprodukte" zwischen Grüner Gentechnik und Nachhaltigkeit 69
Hartmut Kreß: Die Lebendspende von Organen. Zulässig nur unter nahen Angehörigen? 179
Christoph Rehmann-Sutter: M. Hauskeller: Auf der Suche nach dem Guten. Wege und Abwege der Ethik 301

Dokumentation

Marianne Heimbach-Steins: Christliche Sozialethik – ökumenisch. Thesen zum gemeinsamen Sprechen der Kirchen in sozialethischen Fragen 79
Bruno Schmid: Ärztliche Sterbebegleitung. Eine Stellungnahme zu den „Grundsätzen" der Deutschen Bundesärztekammer vom 11. September 1998 184

Nachrichten

Bioethik-Kongress 191
Datenbank für Bioethik 192
Euthanasie-Debatte 192
Globale Verantwortung 86
Klinische Praxis und Ethik 191
Medizinische Ethik 86
Nachhaltigkeit 86
Societas Ethica-Tagung 191
Sokratischer Dialog 191
Weltkongress für Medizin und Gesundheit 191

Bücher und Schriften

Bergmann, Jörg/Luckmann, Thomas (Hg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Bd. 1 und 2 (R. Geisen) 309
Bondolfi, Alberto/Müller, Hansjakob (Hg.): Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag (A. Holderegger) 91
Bondolfi, Alberto/Münk, H. J. (Hg.): Theologische Ethik heute: Antworten für eine humane Zukunft. Hans Halter zum 60. Geburtstag (B. Schmid) 320

Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung (V. Schubert-Lehnhardt) 193
Demmer, Klaus: Fundamentale Theologie des Ethischen (H. J. Münk) 210
Flury, Andreas: Der moralische Status der Tiere. Henry Salt, Peter Singer und Tom Regan (B. Irrgang) 200
Frühauf, M./Bertsch, L. (Hg.): Humanes Heilen, inhumanes Sterben? Gratwanderung der Intensivmedizin (E. Luther) 193
Furger, Franz: Christliche Sozialethik in pluraler Gesellschaft (H. Halter) . 322
Guggenberger, Wilhelm: Niklas Luhmanns Systemtheorie. Eine Herausforderung der christlichen Gesellschaftslehre (T. Schmidt) .. 202
Höhn, Hans-Joachim (Hg.): Christliche Sozialethik interdisziplinär (H. Halter) 206
Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (K. Weber) 307
Kapust, Antje: Berührung ohne Berührung. Ethik und Ontologie bei Merleau-Ponty und Levinas (K. Röttgers) 315
Lenk, Hans: Konkrete Humanität. Vorlesungen über Verantwortung und Menschlichkeit (V. Schubert-Lehnhardt) 91
Lenk, Hans: Praxisnahes Philosophieren. Eine Einführung (W. Strombach) 202
Maak, Thomas/Lunau, York (Hg.): Weltwirtschaftsethik. Globalisierung auf dem Prüfstand der Lebensdienlichkeit (B. Irrgang) 326
Neumann, Dieter/Schöppe, Arno/Treml, Alfred (Hg.): Die Natur der Moral. Evolutionäre Ethik und Erziehung (I. Koncsik) 197
Peter, Hans-Balz (Hg.): Globalisierung, Ethik und Entwicklung (K. Röttgers) 215
Priddat, Birger P.: Theologie, Ökonomie, Macht. Eine Rekonstruktion der Ökonomie John Lockes (N. C. Karafyllis) 101
Rippe, Klaus Peter (Hg.): Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft (V. Schubert-Lehnhardt) 193
Römelt, Josef: Jenseits von Pragmatismus und Resignation. Perspektiven christlicher Verantwortung für Umwelt, Frieden und soziale Gerechtigkeit (A. Resch) 87
Schneider, Manuel/Geißler, Karlheinz A. (Hg.): Flimmernde Zeiten: vom Tempo der Medien (J. Maaß) 95
Schulze, Angela: Werbung an der Grenze: Provokation in der Plakatwerbung der 50er bis 90er Jahre (Th. Bohrmann) 324
Unnerstall, Herwig: Rechte zukünftiger Generationen (N. C. Karafyllis) 317
Wieland, Josef: Die Ethik der Governance (K. Weber) 102
Wiemeyer, Joachim: Europäische Union und weltwirtschaftliche Gerechtigkeit. Die Perspektive der Christlichen Sozialethik (H. J. Münk) .. 98
Wils, Jean-Pierre: Sterben. Zur Ethik der Euthanasie (F. Keller) 314

Wingens, Matthias: Wissensgesellschaft und Industrialisierung der Wissenschaft (B. Irrgang) 96
Wuketits, Franz M.: Warum uns das Böse fasziniert. Die Natur des Bösen und die Illusion der Moral (I. Koncsik) 88
Zsifkovits, Valentin: Demokratie braucht Werte (Ch. Lagger) 93

ETHICA-Bibliographie

ETHICA-Bibliographie 105, 217, 329

NAMEN- UND SACHREGISTER

Acker-Widmaier, G. 242, 257, 259, 262, 263
Affekte /Geschichte 35
Albert, H. 55, 65
Almender, R. 391, 403
Angewandte Ethik 37, 39, 65, 44, 193, 278, 299
Angewandte Wirtschaftsethik 47
Anwendungsethik 39
Apel, K.-O. 39, 40, 41, 42, 43, 44, 53, 61, 65, 66
Aporetik 15
Aristoteles 25, 35
Artenschutz 263
Arzt-Patient-Verhältnis 172
Aufderheide, D. 66

Baader, F. v. 230
Baadte, G. 66
Bacon, R. 27
Barber, B. 398, 402
Barth, K. 349
Barthlott, W. 265
Beauchamp, T. L. 400, 402
Becker, J. 7, 19
Bell, A. P. 351
Bereichsethiken 148, 155
Bergmann, G. v. 413
Bergmann, J. 309
Bertsch, L. 193
Bien, G. 78
Binswanger, H.-Chr. 263
Biodiversität 241, 243, 263
Bioethik 382
Bioethik / Datenbank 192
Bioethik-Kongress 191
Biographische Erfahrung 35
Birbaumer, N. 440
Birnbacher, D. 10, 20, 255, 258, 263
Blome-Drees, F. 46, 48, 49, 50, 52, 66
Bobbert, M. 405 – 440
Böhme, G. 78, 383
Bohnke, B.-A. 260, 263
Bondolfi, A. 85, 91, 320
Boorse, B. C. 410, 411, 412, 413, 435, 439
Böse 88
Brakel, J. van 122, 137
Brandt, R. 363
Brellochs, J. 132
Brown, D. A. 265
Buchanan, J. M. 43, 50, 51, 66
Buckel W. 143
Bunting, A. 353, 363
Burrichter, C. 78

Canguilhem, G. 411, 439
Caplan, A. L. 409, 411, 439
Capurro, R. 132, 133, 137
Castells, M. 116, 137
chatrooms 122
Childress, J. F. 400, 402
Christliche Gesellschaftslehre 202
Christliche Sozialethik 79, 98, 206, 322
Clouser, D. K. 406, 439
Costanza, R. 264
Coy, W. 122, 137
Culver, C. M. 406, 439
Cumberland, J. 264

Dabrowski, M. 66
Daheim, H., 8, 20
Dahl, E. 359, 363
Dake, K. 404
Daly, H. 264
Daniels, N. 168, 176, 410, 412, 439
Dannecker, M. 351, 363
Dehn, D. 259, 264
Demmer, K. 210
Demokratie 93, 136
Des Jardins, J. 255, 258, 264
Descartes, R. 26, 27, 35
Dietrich, J. 439
Diskursethik 19, 39
Dönhoff, M. Gräfin 62
Dopffel, P. 360, 361, 363

Duden, B. 372, 383
Dürr, H.-P. 152, 153, 155
Düwell, M. 435, 439

EDDRA 22
Ehe 350, 363
Ehrfurcht vor dem Leben 299
Ekklesiologie 82
Embryo, 8-zellige 369, 371
Embryonenschutzgesetz 367
Engel, G. L. 414, 439
Engelhardt, D. v. 410, 439
Engelhardt, H. T. 406, 409, 417, 439
Epstein, J. 405, 439
Erikson, E. 32, 35
Eser, A. 183
Ethik 3, 5, 23, 25, 139, 141, 144, 155, 157, 215, 267, 278, 301, 315
Ethik /Geschichte 35
Ethik /Governance 102
Ethik /Informationstechnologie 115
Ethik /Internet 156, 178, 240
Ethikbegründung 19
Ethiknachlass /A. Schweitzer 279 ff., 299
Ethische Deklaration für Wissenschaft und Technik 155
Ethischer Dualismus 299
Euthanasie 192, 314
Evans, D. 389, 402
Evans, M. 389, 402
Evolutionäre Ethik 197

Faber, M. 249, 251, 262, 265
Fehn, R. 66
Flaig, H. 78
Flitner, M. 242, 243, 244, 264
Flury, A. 200
Folkman, S. 440
Forschung am Menschen 402
Forschungsethik 402
Freedman, B. 390, 398, 402
Freud, S. 28, 232
Friedman, M. 49, 66
Frisch, H. 263
Fritzsche, A. 85
Fromm, E. 32, 35, 141
Frühauf, M. 193
Fthenakis, W. E. 351, 356, 359, 360, 361, 363
Fuchs-Heinrik, W. 20
Fuks, A. 390, 402
Fulford, K. W. M. 406, 439
Furger, F. 322

Gage Palmer, J. 410, 412, 440
Ganoczy, A. 252, 264
Gehring, R. 130, 137
Geissler, K. A. 95
Gentechnik 69, 73
Gerber, W.-D. 440
Gerechtigkeit 157, 168, 176
Gert, B. 406, 439
Gesellschaftsvertrag 230, 239
Gesundheit 407
Gesundheitspolitik 176
Gesundheitswesen / Deutschland 157, 163, 165, 168, 174, 196
Gethmann, C. F. 440
Getzner, M. 251 258, 259, 260, 261, 264
Gewirth, A. 405 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 433, 434, 435, 438, 439
Gibas, Ch. 157 – 177
Gibson, M. 402
Giesecke, M. 124, 137
Gil, T. 78
Glass, K. C. 403
Globalisierung 215, 326
Goodland, R. 264
Görg, C. 242, 245, 264, 265, 266
Gorke, M. 255, 264
Goser, K. 133, 137
Greif, G. 259, 264
Greiff, B. v. 153, 155
Groombridge, B. 245, 264
Groos, H. 296, 299
Grundsätze /Dt. Bundesärztekammer 1998 184
Guggenberger, W. 202
Günzler, C. 279, 280, 283, 286, 299
Gut, W. 317
Gute 301
Güther, B. 160, 177

Habermas, J. 13, 14, 39, 41, 42, 44, 55, 61, 63, 66, 409, 440
Hampicke, U. 259, 262, 264
Handlungsfähigkeit 439
Handlungsmotivation 23, 30, 35
Haraway, D. 373, 375, 383
Harpes, J.-P. 66
Hartmann, H. 78
Hartmann, N. 282
Hastedt, H. 132, 137
Hattis, D. 392, 403
Hauchler, I. 242, 265
Hauff, V. 244, 253, 265
Hauskeller, Ch. 367 – 383
Hauskeller, M. 301, 302, 303, 304, 305, 306, 380, 383
Heidegger, M. 282
Heimbach-Steins, M. 79 – 85
Heins, V. 264
Hellwig, F.-Th. 439
Hengsbach, F. 8, 20
Henke, K. D. 160
Hermeneutik 267, 278
Hermeneutik, biblische 81
Hermeneutische Ethik 269, 273
Hertler, Ch. 264, 265, 266
Herweg, R. M. 359, 363
Hesslow, G. 415, 440
Heun, S. 363
Heuristik 15
Hildt, E. 440
Hirschman, A. O. 49, 66
Hobbes, Th. 52, 228, 230, 232, 236, 237, 238, 239
Hobbes-Kritik 227
Hoffmann, H. 124, 137
Höhn, H.-J. 206
Holderegger, A. 363
Homann, K. 37, 38, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 60, 66, 67
Honnefelder, L. 411, 415, 416, 440
Honneth, A. 66
HTML 118
Hübner, J. 370, 383

Hucklenbroich, P. 410, 440
Humber, J. 391, 403
Hume, D. 284, 285
Humphreys, P. 403
Husserl, E. 305

Ibisch, P. 265
INES 152
Informationsethik 115, 129
Informationstechnologie 136
Inhetveen, R. 78
Institutionenethik 19
Integrative Ethik 14, 59
Integrative Wirtschaftsethik 63, 65
Intensivmedizin 193
Interagierende Zellverband 374
Internet 117, 120, 123, 126, 130, 131, 136
Irrgang, B. 134, 137, 267 – 278, 386, 403
Ishii, K. 126, 137

Jaspers, K. 282
Jecker, N. S. 433, 440
Jeremias, J. 183
Jöhr, W. A. 64, 67
Jonas, H. 9, 20, 28, 35, 141, 146, 147, 155, 372, 380, 383
Jugendschutz /Fernsehen 22

Kant, I. 27, 35, 41, 55, 59, 67, 141, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 277, 290, 354
Kappler, E. 66
Kapust, A. 315
Karafyllis, N. C. 69 – 78
Keil, S. 348, 363
Kersting, W. 45, 46, 52, 53, 67
Kettner, M. 66
Kind /gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften 358, 359
Klages, L. 302, 305
Kleinsteuber, H. J. 118, 137
Kohärentismus 14, 19
Köhntopp, K. 120, 137
Kohut, N. 400, 403
Kommunikationstechnologien 115, 136
Konsensbildung 19
Kopelman, L. M. 387, 389, 403
Kortner, U. 299
Kötter, R. 78
Kötz, H. 360, 363
Krämer, H. 15, 20
Krämer, S. 118, 137
Krankheit 407, 409, 411, 413, 415, 427, 428
Krankheitsbegriff 405 416, 418, 426, 432, 439
Krankheitsbegriff, evaluativer 439
Krankheitsbegriff, normativer 439
Krebs, A. 255, 265
Kreß, H. 179 – 183, 339 – 365
Krüger, G. 119, 137
Krumm, H. 119, 137
Kruzifix /Schulzimmer 317
Kuhlmann, W. 66
Kühn, H. 163, 176
Kuhn, T. 408, 440
Kulturwissenschaftliche Integration 19
Kummer, Ch. 368, 383
Kutschera, F. v. 29, 35
Kwiran, M. 85

Ladimer, I. 403
Land, W. 183
Lanzerath, D. 415, 440
Lazarus, R. S. 414, 434, 440
Lebendspende /Organe 179
Leisinger, K. M. 38, 67
Lely, G. 239
Lemons, J. 242, 245, 252, 259, 261, 265
Lenk, H. 54, 65, 67, 91, 202, 279 – 299
Lerch, A. 248, 255, 261, 265
Lesch, W. 133, 137
Leskien, H. 119, 137
Lévinas, E. 315, 380, 383
Levine, R. 389, 396, 403
Leyde, I. 126, 137
Linke, D. B. 10, 20
Lochbühler, W. 254, 265
Locke, J. 101, 232
Lockemann, P. C. 119, 137
Löhr, A. 47, 48, 56, 57, 58, 61, 67
Luckmann, Th. 309
Luhmann, N. 13, 20, 34, 35, 202
Lunau, Y. 67, 326
Lutz, R. 440
Lyotard, J.-F. 14

Maak, Th. 67, 326
Maass, J. 132, 137
Mai, M. 134, 138
Mainzer, K. 150, 151, 155
Maio, G. 385 – 404
Manstetten, R. 249, 251, 262, 265
Marggraf, R. 246, 249, 265
Margolis, J. 409, 440
Maring, M. 54, 65, 67
Mark, N. 440
Markl, H. 149, 155
Markt 61
Marktpreis-Methode 248
Marktwirtschaft /Gesundheitswesen 176
Marquard, O. 17, 20
Marquis de Sade, D. A. F. 227, 228, 229, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239
Martin, D. 400, 403
Mayer, J. 266
McCarthy, Th. 66
McConnel, F. 242, 265
McKenzie, R. B. 52, 67
Medien 95
Medienwirkungsforschung 125
Medizinische Ethik 10, 86, 91
Medizintheorie 402
Meggle, G. 266
Menschenbild 80
Menschenrechte 418
mere inconvenience 389
Merleau-Ponty, M. 315
Meslin, E. M. 399, 400, 403
Messner, D. 265
Meyer-Abich, K. M. 10, 20
Mieth, D. 440
Miller, A. 33, 35
Millett, K. 377, 383
Miltner, W. 414, 415, 440
Minimales Risiko 402
Mittelstaedt, W. 139 – 155
Möbest, B. 157 – 177
Mohr, H. 78

Monetäre Bewertung /Natur 246
Monetik 157
Moral 30, 197
Moralische Rechte, positive/ negative 422, 439
Moralische Status /Tiere 200
Moralphilosophie / A. Gewirth 405
Moralpsychologie 11
Morgan, P. 242, 245, 252, 259, 261, 265
MUDs 122
Müller, A. 230
Müller, F. G. 259, 265
Müller, H. 91
Müller, W. E. 339
Münk, H. J. 85, 241, 265, 320

Nachhaltige Entwicklung 263
Nachhaltigkeit 69, 73, 86
Nachwachsende Rohstoffe 69, 75
Naturbewertungsverfahren 241, 246, 256
Naturethik 263
Neuenschwander, U. 280, 281
Neumann, D. 197
newsgroups 122
Nicholson, R. H. 404
Nickl, M. 119, 137
Nida-Rümelin, J. 15, 20, 23, 35, 144, 147, 155
Nieden, S. zur 364
Nieder, J. 245, 265
Nietzsche, F. 28, 35, 282, 297
Nordenfelt, L. 406, 440
Norgaard, R. 264
Normbegründung, rationale 227
Normbegründungsverfahren 239
Normen, moralische 236
Norton, B. G. 266
Nuscheler, F. 265
Nussbaum, M. 434, 440
Nützlichkeitsethik 299
Nutzen-Risiko-Analyse/ Medizin 385, 398, 399
Nutzinger, H. G. 67, 68, 262, 263, 265, 266

Öffentlichkeit 136
Ökologie 263
Ökologische Ethik 8
Ökologische Ökonomik 249
Ökonomie 101, 263
Ökonomik, neoklassische 246
Ökonomismus 65
Olbrich, T. 48, 56, 67
Ontologie 315
Organspende 179

Pannenberg, W. 346, 364
Paraskewopoulos, S. 7, 20
Partnerschaften, gleichgeschlechtliche 339, 347, 363
Paulus 345
Persönlichkeitsrechte 354
Personverständnis 80
Personwürde 354, 363
Personwürde /Kind 358
Peter, H.-B. 215
Philosophische Ethik 12
Picht, G. 35
Pies, I. 46, 49, 50, 59, 67
Piper, N. 62, 67
Plakatwerbung 324
Plato(n) 25, 36, 345
Plessner, H. 377, 383
Plotin 301
Pluralistische Ethik 278
Pochin, Sir E. 401, 404
Poristik 15
Praktische Vernunft 35
Priddat, B. P. 101
Privatheit 136
Publikationswesen, wissenschaftliche 124

Rammert, W. 138
Rapp, F. 134, 138
Rauchfleisch, U. 356, 364
Rauscher, A. 66
Rechte /zukünftige Generationen 316
Rees, W. 78
Regan, T. 200
Rehmann-Sutter, Ch. 301
Reich, W. Th. 439
Reijen, W. v. 65
Reisekosten-Methode 248
Retzmann, Th. 47, 67
Rickert, H. 282
Ricklin, A. 64, 67

Riedl, U. 266
Riesman, D. 26, 36
Rippe, K. P. 193, 266
Risiko des Unterlassens 396
Risiko, minimale 386, 390
Risikobegriff 392, 395
Risikoermittlung 392
Risse, J. 365
Rolston, H. 242, 266
Römelt, Josef 3 – 4, 5 – 21, 87
Rötzer, F. 118, 138
Rommel, H. 24, 29, 36
Ropohl, G. 132, 134, 138
Rosen, W. 243
Rothschuh, K. E. 409, 439, 440

Salt, H. 200
Scadding, J. G. 410, 440
Scarry, E. 377, 383
Scheler, M. 29, 36, 282
Scherpe, J. M. 360, 363
Scheytt, T. 66
Schlögel, H. 85
Schmid, B. 184
Schmitz, H. 377, 383
Schneider, J. 141, 142, 155
Schneider, M. 95
Schöppe, A. 197
Schramm, E. 264, 265, 266
Schramm, M. 266
Schreiber, G. A. 117, 138
Schröder, F.-Ch. 363
Schubert-Lehnhardt, V. 157 – 177
Schulz, W. 183
Schulze, A. 324
Schwarke, Ch. 375, 383
Schwarz, G. 67
Schweitzer, A. 279 ff., 299
Seebass, G. 31, 36
Shrader-Frechette, K. 395, 404
Sielert, U. 358, 360, 365
Simmel, G. 361, 362, 365
Singer, P. 10, 20, 21, 200, 302, 400, 403
Smith, J. A. 392, 403
Societas-Ethica-Tagung 191
Sokrates 25, 284
Sokratischer Dialog 191
Solidarität 157, 176
Spash, C. 249, 250, 251,

262, 266
Spencer, H. 282
Spender /Organe 180, 181
Speyer-Ofenberg, M. 403
Spinner, H. F. 134, 136, 138
Stammzellforschung 367, 382
Starr, Ch. 404
Steigleder, K. 418, 419, 421, 422, 424, 436, 439, 440
Steinbuch, K. 132, 138
Steinmann, H. 47, 48, 56, 57, 58, 61, 67
Steinmüller, W. 134, 138
Stempsey, W. E. 393, 404
Sterbebegleitung, ärztliche 184
Sterbehilfe, aktive 187
Sterben 314
Stochastik 15
Strehler, A. 78
Strömer, T. H. 126, 138
Systemtheorie 202
Szasz, Th. S. 414, 440

Taeger, A. 352, 365
Takacs, D. 245, 266
Technik 132, 139, 142, 149, 155
Technikethik 136
Technikfolgenabschätzung 71
Theologie 16
Theologische Ethik 320
Thielemann, U. 37 – 68
Thode, E. 66
Thomas von Aquin 345
Timerman, B. J. 377, 383
Titz, O. 130, 138
Tooley, M. 302
Topisierung 15
Topitsch, E. 65
Transplantationsgesetz / Deutschland 179
Treml, A. 197
Trepl, L. 243, 266

Uexküll, Th. v. 413, 440
Ulrich, P. 39, 47, 62, 63, 67, 68
Umweltethik 263
UNCED-Weltkonferenz 243, 244
Unnerstall, H. 249, 257, 258, 260, 266, 316
Vakuum, ethische 155
Veatch, R. 439
Verantwortung 23, 86, 91, 130, 134, 139, 141, 152, 155
Verantwortung /Gesundheit 176
Verantwortungsethik 155
Veyne, P. 344, 365
Virchow, R. 412, 440

Wackernagel, M. 78
Waibl, E. 227 – 239
Walters, L. 410, 412, 440
Walz, E. 23 – 37
Wasem, J. 160, 170, 177
Weber, K. 115 – 138
Weber, M. 61, 62, 68, 143, 152
Weijer, Ch. 390, 402
Weikard, H. P. 250, 258, 266
Weinberg, M. S. 351
Weingart, P. 133, 138
Weingarten, M. 264, 265, 266
Weizsäcker, V. v. 413
Welsch, W. 14, 21
Weltanschauung 299
Weltökonomie 142
Weltwirtschaftsethik 326
Werte 227
Wesiak, W. 413, 440
Wessels, U. 266
Westra, L. 248, 266
Wettbewerb 176
Whitehead, A. N. 302
Wiegerling, K. 132, 134, 135, 138
Wieland, J. 60, 68, 102
Wieland, W. 417, 440
Wiemeyer, J. 98
Wiesing, U. 415, 416, 440
Wildavsky, A. 404
Wildes, K. W. 439
Wilke, G. 8, 21
Wilke, J. 78
Wils, J.-P. 314
Wilson, E. O. 243, 266
Wingens, M. 96
Wirtschaftsethik 7, 37, 65, 263
Wissenschaft 96, 139, 142, 149, 152, 155
Wissenschaftsbetrieb 155
Wolbert, W. 256, 266
Wood, P. 245, 252, 266
Wuketits, F. M. 88

Zellhaufen 374
Zerfass, A. 48, 56, 67
Zimmermann, M. 370, 383
Zitterbarth, W. 412, 440
Zsifkovits, V. 93
Zur Nieden, S. 352
Zürcher, J. 299

Prof. Dr. Marciano Vidal, Madrid (Moraltheologie)
Prof. Dr. Richard Wisser, Mainz (Philosophie)
Prof. Dr. Gerhard Zecha, Salzburg (Philosophie)

Die ständige Mitarbeit bei ETHICA beinhaltet die Bereitschaft zu fachlicher Beratung und Anregung sowie zu Beiträgen für folgende Rubriken der Zeitschrift:

- Leitartikel
- Diskussionsforum
- Aus Wissenschaft und Forschung
- Dokumentation
- Nachrichten
- Bücher und Schriften
- ETHICA-Bibliographie

Die Mitarbeit bei ETHICA steht allen offen, die sich wissenschaftlich mit ethischen Fragen befassen oder besondere ethische Erfahrungswerte einbringen können.

Verlag, Auslieferung, Druck, Anzeigenannahme:
RESCH VERLAG
Maximilianstr. 8, Pf. 8
A-6010 Innsbruck
Tel. 0512/574772, Fax 0512/586463
E-mail: IGW@uibk.ac.at
http://info.uibk.ac.at/c/cb/cb26/

Anschrift der Redaktion:
ETHICA, Pf. 8, A-6010 Innsbruck

Bezugsbedingungen: Preis im Abonnement jährlich öS 511.00, DM 70.00, sFr 63.50 (zuzügl. Versandspesen), Einzelheft öS 139.00, DM 19.00, sFr 18.00.

Kündigungsfrist: 6 Wochen vor Ablauf des laufenden Kalenderjahres.

Zahlungsmöglichkeiten:
Bankkonto:
Hypo-Bank Innsbruck: 210 044 950
Postscheckkonten:
München: 1206 37-809
Zürich: 80-54696-2
Erfüllungsort und Gerichtsstand: Innsbruck.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Übersetzung, Nachdruck, Mikroverfilmung oder vergleichbare Verfahren und für die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen.

Die Ansichten der Autoren von ETHICA decken sich nicht notwendigerweise mit der Auffassung des Herausgebers. Der Verlag übernimmt keinerlei Haftung für unverlangt eingereichte Manuskripte.

Die Verfasser von Leitartikeln erhalten von jedem veröffentlichten Originalbeitrag 20 kostenlose Sonderdrucke. Gewünschte Mehrexemplare sind vor Drucklegung bekanntzugeben und werden zum Selbstkostenpreis verrechnet.

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

Leitartikel des Jahrgangs 1999:

Thomas Bohrmann: Grundlagen der Werbeethik

Sigmund Bonk: Ein Recht auf Todesstrafe?

Peter Fonk: Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderungen

Richard Geisen: Ethik des Mißlingens. Variationen über das Scheitern

Uwe Gerber: Xenotransplantation als Testfall für den gesellschaftlichen Diskurs

Martin Kalinowski/Katrin Borcherding/Wolfgang Bender: Die Langfristlagerung hochradioaktiver Abfälle als Aufgabe ethischer Urteilsbildung

Walter Lesch: Migrationspolitik und Staatsbürgerschaftsregelungen. Aspekte einer Ethik der Integration

Wilfried Lochbühler: Die ökologische Frage im gemeinsamen Wort der Kirchen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit" (1997)

Anselm Winfried Müller: Das „Recht auf Euthanasie". Autonomie mit Nachhilfe

Hans J. Münk: Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development) als Leitbild der Technikgestaltung: Problemaufriß zur ethischen Urteilsbildung am Beispiel der Informations- und Kommunikationsethik

Kurt Remele: Ich-Fieber? Selbstthematisierung, therapeutische Religion und die kommunitaristische Kritik des expressiven Individualismus

Andreas Resch: Auf dem Weg in ein neues Jahrtausend

Albert-Peter Rethmann: Organspende: eine ethische Verpflichtung für Christen?

Herbert Rommel: Ethik der Güterabwägung im fächerverbindenden Unterricht. Überlegungen zum Begriff einer „zukunftsfähigen Bildung"

Weitere Rubriken:

Diskussionsforum
Aus Wissenschaft und Forschung
Dokumentation
Nachrichten
Bücher und Schriften
ETHICA-Bibliographie

RESCH VERLAG, Maximilianstr. 8, Postfach 6, A-6010 Innsbruck
Tel (0512) 574772, Fax (0512) 586463, E-mail: IGW@uibk.ac.at
http://info.uibk.ac.at/c/cb/cb26/

ISSN 1021-8122