

Handbuch Bioethik

Dieter Sturma
Bert Heinrichs
(Hrsg.)

J.B.METZLER



J.B.METZLER

Handbuch Bioethik

Herausgegeben von
Dieter Sturma
und Bert Heinrichs

In Zusammenarbeit mit dem
Deutschen Referenzzentrum für
Ethik in den Biowissenschaften
(DRZE)

Redaktion:
Alexandra Spaeth
und Roman Wagner

Verlag J. B. Metzler
Stuttgart · Weimar

Dieter Sturma ist Professor für Philosophie unter besonderer Berücksichtigung der Ethik in den Biowissenschaften an der Universität Bonn; Direktor des Instituts für Wissenschaft und Ethik (IWE), Bonn; Direktor des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonn sowie Gründungsdirektor des Instituts für Ethik in den Neurowissenschaften (INM-8) am Forschungszentrum Jülich.

Bert Heinrichs ist Professor für Ethik und Angewandte Ethik an der Universität Bonn sowie Arbeitsgruppenleiter im Institut für Ethik in den Neurowissenschaften (INM-8) am Forschungszentrum Jülich.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-476-02370-4

ISBN 978-3-476-05323-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-476-05323-7

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2015 Springer-Verlag GmbH Deutschland
Ursprünglich erschienen bei J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung
und Carl Ernst Poeschel Verlag GmbH in Stuttgart 2015
www.metzlerverlag.de
info@metzlerverlag.de

Inhalt

I. Bioethik – Hauptströmungen, Methoden und Disziplinen	1	26 Verantwortung	160
II. Zentrale Begriffe und Konzepte der Bioethik	9	27 Werte	165
1 Argument der schiefen Ebene	9	28 Zukünftige Generationen	174
2 Behinderung	13	III. Bioethische Themen	181
3 Datenschutz	17	1 Alter/Altern	181
4 Dilemma	21	2 Arzneimittel	185
5 Diskriminierung	26	3 Ärztliche Berufsethik	189
6 Empirie	31	4 Arzt-Patient-Verhältnis	194
7 Ethos	35	5 Assistierte Reproduktion und vorgeburtliche Diagnostik	199
8 Gerechtigkeit	44	6 Bevölkerungswachstum und demographischer Wandel	209
9 Güter und Güterabwägung	51	7 Biobanken	214
10 Informierte Einwilligung	58	8 Biodiversität	217
11 Interessen und Interessenkonflikte	66	9 Chimären und Hybride	226
12 Kommerzialisierung	70	10 Demenz	231
13 Konsens	76	11 Doping	239
14 Krankheit	82	12 Embryonen und Föten	245
15 Leben	91	13 Enhancement	249
16 Lebensqualität	98	14 Forschung am Menschen	254
17 Menschenwürde und Instrumentalisierung	102	15 Gender	262
18 Nachhaltigkeit	109	16 Gentechnik in der Lebensmittelproduktion	266
19 Natur	115	17 Gentherapie	270
20 Paternalismus	122	18 Gesundheit und Gerechtigkeit	275
21 Person	129	19 Gesundheitskompetenz	280
22 Prinzip der Doppelwirkung	136	20 Gesundheitsvorsorge	287
23 Risiko	140	21 HIV/AIDS	293
24 Technikfolgenabschätzung	147	22 Humangenomforschung	300
25 Tod	154	23 Intersex	307

24	Klimaschutz	312	44	Transplantationsmedizin	421
25	Klonen	318	45	Vulnerabilität	427
26	Landschaft	324	46	Wunscherfüllende Medizin	432
27	Leihmutterschaft	329			
28	Nanotechnologie	333	IV. Schnittstellen zu anderen Disziplinen und gesell- schaftlichen Bereichen.....	439	
29	Neuromedizin und Neurowissenschaften	338	1	Bioethik in der Lehre	439
30	Ökologie und Naturschutz.....	346	2	Biopolitik	445
31	Palliativmedizin.....	354	3	Biorecht	448
32	Patentierung.....	358	4	Ethikkommissionen in der Forschung....	451
33	Patientenverfügungen.....	362	5	Ethikräte.....	455
34	Pflege.....	366	6	Institutionalisierte ethische Beratung und Begutachtung.....	459
35	Prädiktive Gentests.....	369	7	Klinische Ethikberatung.....	463
36	Robotik.....	373	8	Kulturübergreifende Bioethik.....	467
37	Schwangerschaftsabbruch	378	V. Anhang.....	473	
38	Sexualität	383	1	Auswahlbibliographie.....	473
39	Stammzellen.....	387	2	Autorinnen und Autoren	478
40	Sterbehilfe	394	3	Sachregister	481
41	Sucht und Abhängigkeit.....	401			
42	Synthetische Biologie	406			
43	Tiere	414			

I. Bioethik – Hauptströmungen, Methoden und Disziplinen

Definition und Begriffsgeschichte

Die Bioethik analysiert und bewertet den wissenschaftlich vermittelten Umgang mit Leben. In ihren Teildisziplinen, insbesondere in der Medizinethik, Tierethik und Umweltethik, untersucht sie die Auswirkungen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen auf einzelne Personen, die Gesellschaft sowie auf andere Lebensformen und die Umwelt.

Das thematische Spektrum der Bioethik erstreckt sich über das gesamte semantische Feld des Begriffs ›Leben‹ (gr. *bios*). Neben Problemen, die mit neuen technischen Möglichkeiten in der Medizin verbunden sind, hat sie sich mit Fragestellungen auseinandersetzen, die sich auf einen ethisch angemessenen Umgang mit Tieren sowie mit belebter und unbelebter Natur insgesamt beziehen. Aufgrund seiner Begriffsgeschichte wird der Ausdruck ›Bioethik‹ des Öfteren mit medizinischer Bioethik gleichgesetzt. Diese Verengung ist sachlich nicht haltbar. In der Bioethik sind keineswegs nur Menschen Bezugspunkte für Rücksichtnahme und Verpflichtungen, vielmehr hat sie sich mit dem Leben insgesamt wie mit seinen vielfältigen Erscheinungsformen auseinandersetzen. Da sich die Bioethik mit einer Vielzahl von wissenschaftlichen Erträgen und technischen Eingriffsmöglichkeiten beschäftigt, leistet sie in ihren jeweiligen Untersuchungen auch einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Menschenbildes und des kulturellen Selbstverständnisses.

In der Ethik wird gemeinhin zwischen allgemeiner Ethik bzw. Moralphilosophie, Metaethik und angewandter Ethik unterschieden. Die Bioethik wird der angewandten Ethik zugerechnet. Bioethische Analysen berühren in entscheidenden Punkten aber auch die Bereiche der allgemeinen Ethik und der Metaethik. Die Bioethik ist vom Ansatz her interdisziplinär verfasst. Wesentliche Beiträge zum interdisziplinären Diskurs erfolgen aus der Medizin und den naturwissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit den unterschiedlichen Formen des Lebens beschäftigen, sowie aus der Ethik, den Rechtswissenschaften und normativen Bereichen der Sozialwissenschaften.

Erste Verwendungen des Begriffs ›Bio-Ethik‹ lassen sich in deutschsprachigen Diskussionen der 1920er Jahre nachweisen (Jahr 1927). Ein direkter

begriffsgeschichtlicher Zusammenhang heutiger Verwendungsweisen besteht mit medizinethischen Diskussionen der Nachkriegszeit. Während der Ausdruck ›*bioethics*‹ in den USA von Van Rensselaer Potter (1970, 1971) als Bezeichnung für eine neue Disziplin eingeführt wird, versteht ihn André Hellegers als Begriff für einen interdisziplinären Ansatz zur Bearbeitung neuartiger normativer Probleme (Reich 1999). Das frühe thematische Spektrum der Bioethik orientiert sich zunächst an moralischen Fragen im Kontext der Medizin. Thematische Schwerpunkte sind die Problemfelder *Forschung am Menschen*, *Genetik*, *Fortpflanzungsmedizin*, *Organtransplantation* und *künstliche Organe* sowie *Sterben und Tod* (Jonsen 1998).

Aufgrund innovativer wissenschaftlich-technischer Entwicklungen werden moralische Fragen aufgeworfen, für die das traditionelle ärztliche Ethos keine hinreichenden Antworten bereithält. Zudem ändern sich in den 1960er und 1970er Jahren die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen in einer Weise, dass paternalistische Setzungen in der medizinischen Praxis, insbesondere von ärztlichen Standesvertretern, nicht mehr unbefragt übernommen werden. Dieser Umstand führt zur Entwicklung interdisziplinär angelegter Debatten, zur Einsetzung politischer Kommissionen, zur Einrichtung von akademischen Institutionen und schließlich zur Etablierung einer akademisch verankerten Bioethik. Die USA haben dabei eine Vorreiterrolle eingenommen. Mittlerweile ist die Bioethik als wissenschaftliche Disziplin weltweit etabliert.

Bisweilen wird der Begriff ›Bioethik‹ weiter gefasst. Er dient dann zur Bezeichnung unterschiedlichster Beiträge aus zivilgesellschaftlichen Gruppen zu normativ relevanten Themen im Kontext der Lebenswissenschaften. Diese Tendenz zur Vereinnahmung der Bioethik von nicht-fachwissenschaftlicher Seite ist kritisch zu beurteilen. Es ist unstrittig, dass unter den Vorzeichen des demokratisch verfassten Rechtsstaates von allen Seiten Meinungen zu kontroversen Themen vorgebracht werden können. Mit dem Begriff der Ethik sind indes fachwissenschaftliche Standards verbunden, deren Einhaltung in solchen Diskursbeiträgen oftmals nicht gewährleistet ist. Dazu zählen v. a. semantische Inkonsistenzen so-

wie unzulässige Vermengungen von deskriptiven Sätzen und normativen Forderungen, die bereits David Hume kritisiert und die heute im Anschluss an G. E. Moore als ›naturalistische Fehlschlüsse‹ bezeichnet werden (Moore 1903). Das Aufspüren und Kritisieren derartiger Fehlschlüsse gehört zum methodischen Grundrepertoire der zeitgenössischen Moralphilosophie.

Hauptströmungen der Bioethik

Im methodischen Profil der Bioethik bilden sich die Hauptströmungen der zeitgenössischen Moralphilosophie ab. Ihre wirkungsmächtigsten und normativ ambitioniertesten Positionen sind die Tugendethik, die deontologische bzw. kantianische Ethik und der Konsequentialismus (Baron et al. 1997). Diese drei Theorietypen nehmen eigenständige methodische Perspektiven ein, die sich in der Begründungsform und inhaltlichen Zielsetzung zum Teil deutlich unterscheiden. Darüber hinaus verfügen sie über ein spezifisches Vokabular, mit dessen Hilfe normative Problemstellungen begrifflich erfasst werden.

Die Tugendethik knüpft an aristotelische Begriffe an und entwickelt ihr normatives Vokabular entlang der Auffassung von charakterlichen Dispositionen, über die ein moralischer Akteur verfügen muss (Hursthouse 1999; Foot 2001). Vor allem die Vorstellung der Rolle des ›guten Arztes‹, der über eine aus der Praxis heraus gewonnene Sensibilität für moralische Problemkonstellationen verfügen muss, hat dazu geführt, die Tugendethik auch in der Bioethik zu etablieren (Pellegrino/Thomasma 1993). Mit Bezug auf Pflegesituationen machen tugendethische Ansätze geltend, dass es rein prinzipienbasierten Theorien nicht gelinge, die moralisch relevanten Aspekte der jeweiligen Entscheidungssituationen angemessen in den Blick zu nehmen (Held 2006; Slote 2007). In den systematischen Kontext der Tugendethik gehören auch kommunitaristische Theorien, die im Gegensatz zu liberalistisch geprägten Prinzipienansätzen die Bedeutung moralischer Gemeinschaften betonen (Sandel 1982; Taylor 1996; MacIntyre 1997; Callahan 2003).

Gegen die Tugendethik wird v. a. eingewendet, dass sie bezüglich konkreter Fragestellungen inhaltlich unterbestimmt bleibe (Louden 1984). Entsprechende Vorbehalte finden sich auch in den bioethischen Diskussionen (Veatch 1988). Konkrete Bewertungsmaßstäbe für Handlungskonstellationen sind unter tugendethischen Vorzeichen schwerer zu ge-

winnen als durch Rückgriff auf Prinzipien, die deontologische und konsequentialistische Ansätze anbieten.

Deontologische Ansätze knüpfen an Kants Moralphilosophie an und rücken den Begriff der Autonomie in den Mittelpunkt normativer Analysen (Hill 1991; Sturma 2004). Von dieser Grundlage aus entfalten sie Konzeptionen für Verpflichtungen sowie für moralische Ansprüche, die Personen gegeneinander erheben können. Bei bioethischen Fragestellungen kommt entsprechend dem Prinzip der informierten Einwilligung eine vorrangige Bedeutung zu (Dworkin 1988). Der Begriff des Vertrauens wird dabei ergänzend hinzugenommen (O'Neill 2002). Das normative Kernstück des deontologischen Standpunkts ist das Instrumentalisierungsverbot (Sturma 2004; Schaber 2010). Es bietet ein praktisches Verfahren zur Überprüfung von Handlungsoptionen und erlaubt, gegebenenfalls bestimmte Begründungsformen als ethisch nicht-rechtfertigungsfähig auszuweisen.

Gegen deontologische Ansätze ist eingewendet worden, dass sie Rationalität normativ überbewerten und dadurch nicht zuletzt auch höher entwickelte Tiere keine ethisch angemessene Berücksichtigung fänden (Singer 1994). Neuere deontologische Ansätze vermeiden Engführungen in dem unterstellten Sinne und erweitern den Kreis der Adressaten moralischer Anerkennung über die ethische Gemeinschaft der Personen hinaus (Korsgaard 2004). Ein anderer Vorwurf, der u. a. von feministischer Seite erhoben worden ist, richtet sich gegen die Betonung von Autonomie und Selbstbestimmung und macht geltend, dass menschliches Wohlergehen ethisch nicht hinreichend erfasst werde (Gilligan 1993). Als genereller Einwand gegen deontologische Ansätze ist diese Kritik allerdings nicht geeignet, da zu Unrecht unterstellt wird, dass Autonomie und Selbstbestimmung deckungsgleich seien (O'Neill 2003). Während der Begriff der Selbstbestimmung eng an die faktischen Wünsche einer aufgeklärten Person gebunden ist, kann das normativ gehaltvollere Konzept der Autonomie objektive Bestimmungen integrieren, die nicht unbedingt mit den aktuellen Wünschen einer Person übereinstimmen müssen.

Der Konsequentialismus stellt Handlungsfolgen in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Die in der Bioethik dominierende Variante des Konsequentialismus ist der Regelutilitarismus, der sich in seinen normativen Bewertungen am gesellschaftlichen Nutzen orientiert und dazu geeignete Regeln entwickelt (Brandt

1963; Urmson 1992). In der Bioethik sind früh Versuche unternommen worden, durch die Anwendung des Nutzenprinzips konkrete moralische Problemlösungen zu entwickeln (Hare 1993; Singer 1994; Harris 1989; Birnbacher/Kuhlmann 2006). Seine vergleichsweise einfache Theoriearchitektur lässt den Utilitarismus für die Reduktion komplexer Problemkonstellationen besonders geeignet erscheinen.

Der Utilitarismus sieht sich seit langem der Kritik ausgesetzt, dass er mit seiner Orientierung am Nutzenbegriff gerade der Komplexität moralischen Verhaltens nicht gerecht werde (Williams/Smart 1973). Diese Kritiklinie setzt sich in der bioethischen Debatte unmittelbar fort. Die v. a. in der deutschsprachigen Bioethik häufig geäußerten generellen Vorbehalte gegenüber dem Utilitarismus greifen jedoch zu kurz. Sie übersehen, dass der Utilitarismus keineswegs den Einsatz neuer Techniken und Methoden einfach und ausnahmslos legitimiert. Beispielsweise setzt er im Bereich der Tierethik sehr weitgehende Schutzansprüche an (Singer 1994). Es hat aber dennoch den Anschein, dass der Utilitarismus die volle Bandbreite von grundrechtlichen Schutzansprüchen nicht phänomengerecht rekonstruieren kann. In bioethischen Problemkonstellationen äußert sich dies u. a. darin, dass der zentrale Begriff der Person (s. Kap. II. 21) im Utilitarismus – wenn überhaupt – nur eine nachgeordnete Rolle spielt. Personen werden lediglich als Inhaber zukunftsbezogener Präferenzen betrachtet, nicht aber als moralische Akteure, die in besonderen Verpflichtungszusammenhängen stehen.

In der neueren Moralphilosophie gibt es vielfältige Varianten und Mischformen von methodischen Standpunkten, die Theorie- und Argumentationsstücke aus vielen Strömungen aufnehmen. Auch in der Bioethik sind Zusammenführungen von Theoriestücken aus den drei Hauptströmungen mittlerweile weit verbreitet. Auf besonders einflussreiche Weise haben Tom Beauchamp und James Childress in ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics* unterschiedliche Theorientypen aufgegriffen (Beauchamp/Childress 2013). Der Erfolg ihres Ansatzes hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass keine Option der Hauptströmungen grundsätzlich zurückgewiesen wird. Es ist allerdings bezweifelt worden, dass die Autoren die methodischen Spannungen, die zwischen den Hauptströmungen bestehen, hinreichend berücksichtigen. Entsprechend müsse offen bleiben, ob es gelingen könne, einen kohärenten Gesamtansatz zu entwickeln (Clouser/Gert 1990; Gert et al. 1997). Nachfragen beziehen sich zudem auch auf die Art und Weise, wie in Entscheidungssituationen zu

verfahren sei, wenn gut begründete, aber sich ausschließende Handlungsvorgaben aus den jeweiligen Prinzipien folgen – ein Umstand, der in bioethischen Kontexten keineswegs die Ausnahme ist (Heinrichs 2010). Ungeachtet der Vielzahl der Einwände gilt es als unstrittig, dass Beauchamp und Childress mit ihren vier Prinzipien *Autonomie*, *Wohltun* bzw. *Fürsorge*, *Nichtschaden* und *Gerechtigkeit* ein weithin akzeptiertes methodisches Werkzeug verfügbar gemacht haben.

Neben den drei Hauptströmungen sind auch noch andere ethische Standpunkte mit eigenständigen Entwicklungen zu verzeichnen. Hans Jonas hat z. B. den Begriff der Verantwortung als zentralen Begriff einer »Ethik für die technologische Zivilisation« verwendet (Jonas 1979). Es muss offen bleiben, ob solche Ansätze eigenständige systematische Entwürfe darstellen, die das Spektrum der Hauptströmungen systematisch erweitern, oder ob es sich um spezifische Fortentwicklungen innerhalb der Tugendethik, der Deontologie bzw. des Konsequentialismus handelt.

Methoden und Grundbegriffe der Bioethik

Die Bioethik entwickelt ihre Argumentationen überwiegend in Auseinandersetzungen mit konkreten Problemkonstellationen. Aufgrund dieses Ansatzes besteht die Gefahr von fallspezifischen Verzerrungen, der mit methodischen Ausweitungen sowie mit semantischen und metaethischen Vergleichen begegnet werden kann. Bei Versuchen, die bioethische Theoriebildung gänzlich in Fallanalysen aufzulösen, wie es etwa Albert Jonsen und Stephen Toulmin (1988) sowie Baruch Brody (1988) mit ihrer Wiederbelebung der Kasuistik unternommen haben, werden die methodischen Unterbestimmungen, die sich v. a. im Fehlen eines nachvollziehbaren Begründungsverfahrens und eines gesicherten Vokabulars ausdrücken, nicht hinreichend in Rechnung gestellt. Dagegen hat sich das im Rahmen des kantianischen Konstruktivismus von John Rawls entwickelte Verfahren des Überlegungsgleichgewichts (*reflective equilibrium*) als wichtiges methodisches Mittel für die Bioethik erwiesen (Rawls 1979; Daniels 1997; Buchanan et al. 2000, 371 ff.). Der Grundgedanke besteht darin, dass in einem dynamischen Abgleich allgemeine Prinzipien und konkrete Einzelfallanalysen zur wechselseitigen Korrektur herangezogen werden. Anpassungen zur Erhaltung der Kohärenz des

ethischen Gesamtgefüges sind danach auf allen Abstraktionsebenen möglich.

Die differenzierten Problemanalysen der Bioethik haben durchaus Einfluss auf die systematischen Debatten der Ethik insgesamt. Im Lichte konkreter Probleme sind klassische Theorien weiterentwickelt und neue Differenzierungen eingeführt worden. Insofern besteht kein einseitiges Verhältnis zwischen Moralphilosophie und Metaethik einerseits und angewandter Ethik andererseits. Vielmehr hat sich gerade in den letzten Jahrzehnten auf umfassende Weise ein wechselseitiger Austausch entwickelt. Dies zeigt sich insbesondere bei solchen Autoren, die wesentliche Beiträge sowohl zu Fragen der allgemeinen Ethik als auch der angewandten Ethik verfasst haben (z. B. P. Foot, O. O'Neill, R. Dworkin, R. M. Hare). Diese Autoren haben ihre jeweiligen Ansätze keineswegs formalistisch auf konkrete Fragen angewendet, sondern Lösungsvorschläge im Lichte ihrer allgemeinen Konzeptionen unterbreitet, diese zugleich aber auch durch die Auseinandersetzung mit Anwendungsfragen weiterentwickelt.

Unabhängig vom jeweiligen bioethischen Ansatz hat die Diskussion der vergangenen Jahre gezeigt, dass es eine Reihe von normativen Grundbegriffen gibt, die für die Bioethik unverzichtbar sind. Dazu gehören u. a. die Begriffe ›Person‹ (s. Kap. II. 21), ›Natur‹ (s. Kap. II. 19), ›Leben‹ (s. Kap. II. 15), ›Lebensqualität‹ (s. Kap. II. 16), ›Tod‹ (s. Kap. II. 25), ›Krankheit‹ (s. Kap. II. 14) sowie ›Gerechtigkeit‹ (s. Kap. II. 8), ›Menschenwürde‹ (s. Kap. II. 17), ›Nachhaltigkeit‹ (s. Kap. II. 18), ›Verantwortung‹ (s. Kap. II. 26), ›Güter‹ (s. Kap. II. 9) und ›Wert‹ (s. Kap. II. 27). Die komplexen Verweisungszusammenhänge, die zwischen diesen Begriffen bestehen, bilden ein normatives Netzwerk, das Einzelanalysen innerhalb der Bioethik umspannt.

Disziplinen der Bioethik

Die ethischen Auseinandersetzungen in der Bioethik vollziehen sich unter problemorientierten Vorgaben. Dieser Sachverhalt führt zu disziplinären Binnendifferenzierungen und bereichsethischen Neuerungen. Weil in allen bioethischen Disziplinen die normativen Herausforderungen moderner Technologien eine wichtige Rolle spielen, kommen in ihnen auch Bestimmungen der Technikethik, die einen eigenständigen Bereich der angewandten Ethik bildet, zur Anwendung. Das gilt insbesondere für die Robotik (Christaller et al. 2001; s. Kap. III. 36).

(1) *Medizinethik.* Zum Kernbestand der bioethischen Reflexion zählt von Anbeginn die Medizinethik, die an die lange Geschichte der ärztlichen Standesethik anknüpft und seit den 1960er Jahren in der Verfolgung von Lösungsstrategien für spezifische Problemfelder bis in die aktuelle Diskussionen hinein ein disziplinäres Profil herausbildet, das sich thematisch an den Verläufen personalen Lebens orientiert. Mit den Möglichkeiten technischer Verfahren sind Entscheidungen darüber erforderlich, ab wann menschlichem Leben der volle Schutzanspruch zukommt, in welchem Maße prädiktives Wissen genutzt werden soll und wie komplexe Eltern-Kind-Beziehungen einzuschätzen sind (s. Kap. III. 5, III. 12, III. 25, III. 27, III. 37, III. 39).

Von der frühesten Kindheit bis ins hohe Alter (s. Kap. III. 1) ist menschliches Leben durch Krankheit und Behinderung bedroht (s. Kap. II. 14., II. 2). Die moderne Medizin wendet immer aufwendigere Methoden zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit an, was im Einzelnen zu ethischen Abwägungsproblemen führt. Mit der Transplantationsmedizin sind z. B. Fragen der gerechten Vergabe von Spenderorganen verbunden (s. Kap. III. 44). Daneben treten Rückfragen bzgl. des Hirntodkriteriums, das im Bereich der postmortalen Organspende von zentraler Bedeutung ist (s. Kap. II. 25), sowie Überlegungen zur Einwilligung in Organspenden (s. Kap. II. 10).

Im Bereich der Neuromedizin und Neurowissenschaften wird diskutiert, wie Persönlichkeitsveränderungen zu bewerten sind, die durch Stimulationsverfahren ausgelöst werden, und ob Neuroprothesen die etablierte Praxis der Verantwortungszuschreibung herausfordern (s. Kap. III. 29). Einige öffentliche Diskussionszusammenhänge, die gemeinhin der Neuroethik zugerechnet werden (Geyer 2004), thematisieren unter neurowissenschaftlichen Vorzeichen Freiheit, Verantwortung, personale Identität und Authentizität. Diesen Auseinandersetzungen fehlt jedoch – anders als öffentlich zuweilen unterstellt wird – der konkrete Bezug zu tatsächlichen Befunden der Neurowissenschaften genauso wie der fachwissenschaftliche Anschluss an die Wissenschaftstheorie, Philosophie des Geistes, Ethik und Bioethik (Bennett/Hacker 2003; Sturma 2005, 2008).

Prädiktive Gentests werfen die Frage nach einem verantwortungsvollen Umgang mit zukunftsbezogenem Wissen auf (s. Kap. III. 35). Es ist zudem zu klären, wie das kurative Paradigma der Medizin um den Bereich der Palliation ergänzt werden muss (s. Kap. III. 31). Eng verbunden damit ist die intensiv

geführte Diskussion um die Sterbehilfe (s. Kap. III. 40). Die Medizin hat lange die Zuständigkeit für einen ›guten Tod‹ von sich gewiesen. Die immer weiter reichenden technischen Möglichkeiten haben Fragen der Selbstbestimmung am Lebensende indes vermehrt in den Vordergrund gerückt. Kontroversen bestehen im Hinblick auf die Frage, ob der ärztlich assistierte Suizid als Bestandteil des ärztlichen Handelns aufgefasst werden sollte. Ein weiteres Problemfeld ist die rechtliche Regelung der Patientenverfügung (s. Kap. III. 33).

Auch wenn das ärztliche Handeln nicht mehr auf die Prävention oder Heilung von Krankheiten bezogen ist, sondern sich auf Verbesserungen menschlicher Fähigkeiten richtet, können Fragen nach Begrenzungen nicht abgewiesen werden. Die kontrovers geführten Debatten über das sog. Enhancement (s. Kap. III. 13) bzw. Doping (s. Kap. III. 11) erschließen sich erst vor dem Hintergrund der Medizinethik insgesamt. Einzelne Krankheiten und Syndrome haben innerhalb der Medizinethik besondere Aufmerksamkeit auf sich gezogen, entweder weil sie das individuelle Leben einer Person *als* Person in besonderer Weise betreffen – wie im Fall von Demenz (s. Kap. III. 10, II. 21) und Suchterkrankungen (s. Kap. III. 41) –, oder weil sie mit gravierenden gesellschaftlichen Folgen verbunden sind – wie im Fall von HIV/AIDS (s. Kap. III. 21).

Grundsätzliche Fragestellungen der Medizinethik beziehen sich v. a. auf das normative Profil des Arztberufes und das sich damit verbindende besondere Verhältnis zum Patienten sowie zur Gesellschaft insgesamt (s. Kap. III. 3, III. 4, III. 19, III. 46, III. 18, III. 20). Die traditionelle Standesethik bildet zwar den Anknüpfungspunkt der modernen Medizinethik, sie ist aber nicht deren einfache Fortführung. Eine solche Fortführung ist schon deshalb nicht möglich, weil ein starker Paternalismus (s. Kap. II. 20), in dem der Arzt als normative Autorität auftritt, heute keine normativ rechtfertigungsfähige Position mehr darstellt. In der zeitgenössischen Medizinethik müssen vielfältige Überzeugungen und Standpunkte integriert und methodischen Begründungen zugeführt werden.

(2) *Tierethik*. Grundsätzliche Problemstellungen der Tierethik verbinden sich mit dem rechtlichen und moralischen Status sowie mit der Leidensfähigkeit und den Interessen von Tieren (s. Kap. III. 43). In den gegenwärtigen tierethischen Diskussionen nehmen forschungsethische Problemstellungen breiten Raum ein. Auseinandersetzungen betreffen v. a. die Verwendung von Tieren in der Forschung. Die

Debatte reicht bis in das 19. Jahrhundert zurück. In den 1950er Jahren führt sie zur Formulierung der mittlerweile allgemein anerkannten 3R-Prinzipien (*replace, reduce, refine*).

Die ethische und rechtliche Vertretbarkeit sowie die genaue Ausgestaltung der Verwendung von Versuchstieren werden bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt kontrovers diskutiert. Aufgrund der biologischen Verwandtschaft mit dem Menschen steht v. a. die Forschung an anderen Primaten in der Kritik. Zudem wird der Sinn von Forschung mit Nagetieren wegen der fragwürdigen Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Menschen vielfach in Zweifel gezogen. Auch die Entwicklung von Chimären und Hybriden gilt als ethisch fragwürdig (s. Kap. III. 9).

Statusfragen stellen sich dann, wenn durch biotechnologische Verfahren die Grenze zwischen Menschen und anderen Tieren überschritten wird. Befürchtungen verbinden sich zudem mit der Vision der synthetischen Biologie, künstlich Leben zu erschaffen (s. Kap. III. 42). Unabhängig von den jeweiligen Ernährungsgewohnheiten werden die verbreiteten Formen der Massentierhaltung vermehrt als ethisch inakzeptabel zurückgewiesen. Im Hinblick auf die Bedingungen, die eine ethisch vertretbare Form der Nutztierhaltung erfüllen muss, herrscht in den wissenschaftlichen und öffentlichen Diskursen keine Einigkeit. Skepsis richtet sich auch gegen die Anwendung gentechnischer Verfahren zur Lebensmittelproduktion (s. Kap. III. 16).

Mittlerweile geraten auch Formen des Mensch-Tier-Verhältnisses in die Kritik, die in den ethischen Debatten bislang kaum Beachtung gefunden oder sogar als unbedenklich gegolten haben. Dies gilt insbesondere für die Haltung von Wildtieren in Zoos, Tiergärten oder im privaten Umfeld. Zunehmend zeichnet sich ab, dass das spezifische Umfeld von Tiergärten und Zoos trotz ihrer Bedeutung für die Erhaltung von bedrohten Arten mit erheblichen ethischen Problemen belastet ist. Vor allem die gezielte Tötung einzelner Tiere, die im Rahmen von Nachzuchtprogrammen als unbrauchbar eingestuft worden sind, ruft Widerspruch hervor. Kritische Überlegungen richten sich zudem auf die Jagd, die Verwendung von Tieren zu Unterhaltungszwecken – etwa im Zirkus – sowie auf die Züchtung und Haltung von Haustieren.

(3) *Umweltethik*. Die Umweltethik bzw. ökologische Ethik untersucht das Verhältnis der humanen Lebensform zur nicht-menschlichen Natur in ihren vielfältigen Ausformungen (s. Kap. III. 30). Ihr breites thematisches Spektrum umfasst den Schutz von

Klima (s. Kap. III. 24) und Umwelt genauso wie normative Bewertungen von Biodiversität (s. Kap. III. 8) und Landschaft (s. Kap. III. 26). Zu den umweltethischen Grundbegriffen gehören unter anderem Nachhaltigkeit (s. Kap. II. 18), Natur bzw. Natürlichkeit (s. Kap. II. 19), Wert der Natur und Verantwortung für zukünftige Generationen (s. Kap. II. 28).

Umweltethische Positionen lassen sich grundsätzlich in anthropozentrische und nicht-anthropozentrische Ansätze differenzieren. Bei der anthropozentrischen Position ist zwischen einer erkenntnistheoretischen und einer ethischen Perspektive zu unterscheiden (s. Kap. II. 19). Der erkenntnistheoretische Ansatz geht zunächst nur davon aus, dass Personen über epistemische Fähigkeiten verfügen, die bei keiner anderen animalischen Lebensform nachweisbar seien. Mit diesem Sachverhalt verbinden sich zunächst noch keine normativen Konsequenzen. Demgegenüber unterstellt der ethische Anthropozentrismus eine Sonderstellung des Menschen in der Natur, mit der Beschränkungen seines Handlungsspielraums nicht vereinbar seien, wenn sie nicht auch seinem Nutzen dienen. Nicht-anthropozentrische Ansätze lehnen die Vorstellung von einer normativen Sonderstellung der menschlichen Lebensform ab. Zu den nicht-anthropozentrischen Positionen gehören der Pathozentrismus, der Biozentrismus und der Physiozentrismus, die grundsätzliche ethische Entscheidungen jeweils von der Leidensfähigkeit, von Leben oder vom natürlichen System der Natur insgesamt abhängig machen.

(4) *Forschungsethik*. Einen thematisch eigenständigen Bereich bildet die Forschungsethik. Innerhalb der aktuellen forschungsethischen Diskussion lassen sich vier thematische Schwerpunkte identifizieren: die gute wissenschaftliche Praxis (*good scientific practice*), ethische Probleme der biomedizinischen und der sozialwissenschaftlichen Forschung sowie das Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft (Fuchs et al. 2010). Im Rahmen der Bioethik werden schwerpunktmäßig Forschungen am Menschen, mit biologischem Material sowie mit Tieren thematisiert. Die Forschung am Menschen bildet eines der Themen, das die Entwicklung der Bioethik maßgeblich geprägt hat (s. Kap. III. 14). Aus diesem Diskussionszusammenhang sind die medizinethischen Prinzipien der Autonomie, des Wohltuns, der Schadensvermeidung und der Gerechtigkeit hervorgegangen, die mittlerweile als grundlegend für Bioethik insgesamt weitgehende Anerkennung finden (Belmont Report 1995, Beauchamp/Childress 2013). In der Forschungsethik gelten die Konkretisierun-

gen, die auf diesen Prinzipien aufbauen – informierte Einwilligung (s. Kap. II. 10, II. 3), Risiko-Nutzen-Analyse (s. Kap. II. 23) und gerechte Probandenauswahl bzw. Nicht-Diskriminierung (s. Kap. II. 5) – als etabliertes Rahmenwerk für die Analyse ethischer Probleme. Die aktuelle Diskussion richtet sich entsprechend auf spezielle Probleme wie die Forschung in der Genetik (s. Kap. III. 22) und in den Neurowissenschaften (s. Kap. III. 29), die Aufnahme vulnerabler Probandengruppen (s. Kap. III. 45), die globale Dimension von Forschung sowie die Rolle von Ethikkommissionen (s. Kap. IV. 4).

Die Emanzipation der Gesundheitsberufe von der Medizin führt dazu, dass forschungsethische Fragen im Kontext der Gesundheitsberufe gesondert diskutiert werden (s. Kap. III. 34). Die Forschungsethik beschäftigt sich des Weiteren mit der Forschung an biologischem Material. Im Fall von Biobanken erweist sich die Ausgestaltung der informierten Einwilligung (s. Kap. III. 7, II. 10) als schwierig, weil Forschungsziele und die Weiterentwicklung von Projekten oftmals nicht zeitlich weit vorgreifend geplant werden können und der Gegenstand der Einwilligung insofern unbestimmt bleiben muss. Die Ergebnisse der Forschung mit biologischem Material werfen Fragen nach der kommerziellen Nutzung (s. Kap. II. 12) auf. Insbesondere die Anwendung des Patentrechts ist in diesem Bereich Gegenstand kritischer Diskussionen (s. Kap. III. 32).

Bioethik und Weltanschauung in einer pluralistischen Welt

In der Bioethik müssen normative Bewertungen durchgeführt und Entscheidungen vorbereitet werden, die in einer pluralistischen Gesellschaft Bestand haben können. Weltanschauliche Sichtweisen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie ihren Ausgang von Standpunkten nehmen, die in ihren Grundlagen nicht vollständig rationalen Überprüfungen zugänglich sind. Das schließt nicht aus, dass es zu Übereinstimmungen zwischen weltanschaulich motivierten Bewertungen und Resultaten bioethischer Rechtfertigungsverfahren kommt. Weil normative Fragestellungen oft weltanschaulich besetzte Problemfelder – wie Schwangerschaftsabbruch, Stammzellforschung oder Sterbehilfe – betreffen, gehört es zur Aufgabe der Bioethik, Diskursformen und Entscheidungssituationen zu entwickeln, die jenseits ideologischer Konflikte verlaufen. Anstelle von polemischen Zuspitzungen

müssen nachvollziehbare Begründungen und Rechtfertigungen entwickelt werden.

Unter günstigen Bedingungen weichen weltanschauliche Konflikte einem in konsensuelle Regelungen mündenden Diskurs des Gebens und Akzeptierens von Gründen (s. Kap. II. 13). Eine Verständigung über die zugrundeliegenden medizinisch-naturwissenschaftlichen Sachverhalte und die darauf aufbauenden Risikoabwägungen sind ein erster wichtiger Schritt (s. Kap. II. 23, II. 24). Welche Rolle andere Formen empirischen Wissens spielen, ist hingegen umstritten (s. Kap. II. 6). Insbesondere wird ein zuweilen konstatiertes *empirical turn* durchaus kritisch gesehen. Eine einfache Bezugnahme auf Meinungsbilder, die mit empirischen Methoden erhoben werden, ersetzt keineswegs die ethische Analyse und Bewertung.

Der Sache nach sind bioethische Analysen auf den symmetrischen Austausch von Gründen festgelegt, der insbesondere durch Transparenz und Zugänglichkeit gekennzeichnet ist. Insofern bewegen sich Überlegungen zu dem in der Bioethik erarbeiteten normativen Schutz menschlichen Lebens innerhalb der Fluchtlinie des modernen Menschenrechtsgedankens (Sturma 2001). Es wird sich künftig zeigen müssen, ob der aus dem Umgang mit menschlichem Leben gewonnene normative Schutz auch auf andere Lebensformen ausgeweitet werden kann beziehungsweise ausgeweitet werden muss. Bei den erforderlichen Verständigungsprozessen können Institutionen wie Ethikräte und Ethikkommissionen eine wichtige Katalysatorfunktion übernehmen (s. Kap. IV. 5, IV. 6, IV. 7). Ebenso dürfte eine stärkere Integration ethischer Inhalte in die Ausbildung von Medizinerinnen und Naturwissenschaftlerinnen helfen, normative Überlegungen frühzeitig in der Forschung zu initiieren (s. Kap. IV. 1).

Die Zukunft der Bioethik

Der Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnis und die Entwicklung neuer Technologien werden die Bioethik immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontieren. Mit der fortschreitenden Globalisierung aller Bereiche der Wissenschaften werden zudem weitere normative Anforderungen aufkommen (s. Kap. IV. 8). Kritische Reflexion sowie die Etablierung von anerkannten Formen der Begründung und Rechtfertigung werden bei der normativen Ausgestaltung menschenwürdiger Lebensweisen – an der das Recht und die Politik maßgeblich beteiligt

sind (s. Kap. IV. 2, IV. 3) – unerlässlich bleiben. Die Analyse und Bewertung der Auswirkungen wissenschaftlicher und technischer Entwicklungen auf einzelne Personen, die Gesellschaft insgesamt, andere Lebensformen und die Umwelt stellen insofern eine kontinuierliche Aufgabe dar, welche die Gesellschaft sowie die Wissenschaft und Technik dauerhaft begleiten wird. Dabei können die Ergebnisse der bioethischen Diskussionen der vergangenen Dekaden nicht außer Acht bleiben. An ihnen ist nicht zuletzt ablesbar, dass nicht alle bioethischen Fragestellungen neuartig sind. Es zeichnet die Bioethik als wissenschaftliche Disziplin aus, dass sie Argumente hervorbringt, die jenseits konkreter Problemfälle Geltung beanspruchen können. Durch die konstruktive Fortentwicklung etablierter Ansätze und die Entwicklung von Antworten auf neuartige Herausforderungen ist die Bioethik eine moderne Form der normativen Selbstverständigung des Menschen.

Literatur

- Baron, Marcia W./Pettit, Philip/Slote, Michael: *Three Methods of Ethics: A Debate*. Malden/Oxford 1997.
- Beauchamp, Tom/Childress, James: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford 2013.
- Bennett, M. R./Hacker, P. M. S.: *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Malden, MA 2003.
- Birnbacher, Dieter/Kuhlmann, Andreas: *Bioethik zwischen Natur und Interesse*. Frankfurt a. M. 2006.
- Brandt, Richard B.: Toward a credible form of utilitarianism. In: Hector-Neri Castañeda/George Nakhnikian (Hg.): *Morality and the Language of Conduct*. Detroit 1963, 107–143.
- Brody, Baruch A.: *Life and Death Decision Making*. Oxford 1988.
- Buchanan, Allan/Brock, Dan W./Daniels, Norman/Wikler, Daniel: *From Chance to Choice. Genetics and Justice*. Cambridge 2000.
- Callahan, Daniel: Individual good and common good: a communitarian approach to bioethics. In: *Perspectives in Biology and Medicine* 46 (2003), 496–507.
- Christaller, Thomas/Decker, Michael/Gilsbach, Joachim M./Hirzinger, Gerd/Lauterbach, Karl W./Schweighofer, Erich/Schweizer, Gerhard/Sturma, Dieter: *Robotik. Perspektiven für menschliches Handeln in der zukünftigen Gesellschaft*. Berlin/Heidelberg 2001.
- Clouser, K. Danner/Gert, Bernard: A critique of principlism. In: *Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990), 219–236.
- Daniels, Norman: *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge 1997.
- Dworkin, Gerald: *The Theory and Practice of Autonomy*. New York 1988.
- Foot, Philippa: *Die Natur des Guten*. Frankfurt a. M. 2004 (engl. 2001).
- Fuchs, Michael/Heinemann, Thomas/Heinrichs, Bert/Hübner, Dietmar/Kipper, Jens/Rottländer, Kathrin/Run-

- kel, Thomas/Spranger, Tade Matthias/Vermeulen, Verena/Völker-Albert, Moritz: *Forschungsethik. Eine Einführung*. Stuttgart 2010.
- Gert, Bernard/Culver, Charles M./Clouser, K. Danner: *Bioethics: A Return to Fundamentals*. New York 1997.
- Geyer, Christian: *Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente*. Frankfurt a. M. 2004.
- Gilligan, Carol: *Die andere Stimme: Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München ⁶1993 (engl. 1990).
- Hare, Richard M.: *Essays on Bioethics*. Oxford 1993.
- Harris, John: *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*. London 1989.
- Heinrichs, Bert: Single-principle versus multi-principles approaches in bioethics. In: *Journal of Applied Philosophy* 27 (2010), 72–83.
- Held, Virginia: *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. Oxford 2006.
- Hill, Thomas, Jr.: *Autonomy and Self-Respect*. Cambridge 1991.
- Hursthouse, Rosalind: *On Virtue Ethics*. Oxford 1999.
- Jahr, Fritz: Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. In: *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde* 24 (1927), 2–4.
- Jonas, Hans: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt a. M. 1979.
- Jonsen, Albert R.: *The Birth of Bioethics*. New York 1998.
- /Toulmin, Stephen: *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley 1988.
- Korgaard, Christine: Fellow creatures: Kantian ethics and our duties to animals. In: *Tanner Lectures on Human Values* 24 (2004), 77–110.
- Louden, Robert B.: Some vices of virtue ethics. In: *American Philosophical Quarterly* 21 (1984), 227–236.
- MacIntyre, Alasdair: *Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart*. Frankfurt a. M. ²1997 (engl. 1984).
- Moore, George Edward: *Principia Ethica*. Stuttgart 1996 (engl. 1903).
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research: The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. In: Warren T. Reich (Hg.): *Encyclopedia of Bioethics*, volume 5. New York 1995, 2767–2773.
- O'Neill, Onora: *Tugend und Gerechtigkeit. Eine konstruktive Darstellung des praktischen Denkens*. Berlin 1996 (engl. 1996).
- : *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge 2002.
- : Some limits of informed consent. In: *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), 4–7.
- Pellegrino, Edmund D./Thomasma, David C.: *The Virtues in Medical Practice*. New York 1993.
- Potter, Van Rensselaer: Bioethics: The science of survival. In: *Perspectives in Biology and Medicine* 14 (1970), 127–153.
- : *Bioethics. A Bridge to the Future*. New Jersey 1971.
- Rawls, John: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M. 1979 (engl. 1971).
- Reich, Warren T.: The 'Wider View': André Hellegers's passionate, integrating intellect and the creation of bioethics. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 9 (1999), 25–51.
- Sandel, Michael: *Liberalism and the Limits of Justice*. Cambridge 1982.
- Schaber, Peter: *Instrumentalisierung und Würde*. Paderborn 2010.
- Singer, Peter: *Praktische Ethik*. Stuttgart ²1994 (engl. 1979).
- Slote, Michael: *The Ethics of Care and Empathy*. London/New York 2007.
- Sturma, Dieter: Person und Menschenrechte. In: Dieter Sturma (Hg.): *Person. Philosophiegeschichte – Theoretische Philosophie – Praktische Philosophie*. Paderborn 2001, 337–362.
- : Kants Ethik der Autonomie. In: Karl Ameriks/Dieter Sturma (Hg.): *Kants Ethik. Beiträge aus der angloamerikanischen und kontinentaleuropäischen Gegenwartsphilosophie*. Paderborn 2004, 160–177.
- : *Philosophie des Geistes*. Leipzig 2005.
- : *Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität*. Paderborn ²2008.
- Taylor, Charles: *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*. Frankfurt a. M. 1996 (engl. 1989).
- Urmson, James O.: Zur Interpretation der Moralphilosophie John Stuart Mills. In: Otfried Höffe (Hg.): *Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte*. Tübingen 1992, 123–134 (engl. 1953).
- Veatch, Robert: The danger of virtue. In: *Journal of Medicine and Philosophy* 13 (1988), 445–446.
- Williams, Bernard/Smart, John Jamieson Carswell: *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge 1973.

Dieter Sturma und Bert Heinrichs

II. Zentrale Begriffe und Konzepte der Bioethik

1 Argument der schiefen Ebene

Bei dem Argument der schiefen Ebene (*slippery-slope-argument*; Dambruchargument) handelt es sich um einen im Alltag und in wissenschaftlichen Diskursen weit verbreiteten Argumentationstyp. Ein Argument der schiefen Ebene kommt meist dann zum Tragen, wenn gegen eine Handlung bzw. Praxis unmittelbar keine moralischen Gründe sprechen. Gegen die Handlung wird dann angeführt, dass sie zu einer Ereignisfolge führe, an deren Ende ein von allen Diskutierenden als moralisch unerwünscht angesehenen Zustand steht. Typisch ist ein gradualistischer Übergang von einem eher unproblematischen Anfang zu einem prognostizierten schrecklichen Ende, das mit diesem Anfang in Zusammenhang gebracht wird. Wer etwa behauptet, die Abschaffung des Latinums als Studienvoraussetzung sei für sich genommen akzeptabel, führe jedoch mittelfristig zu schlechteren Grammatikkenntnissen und langfristig zur Abschaffung erst sämtlicher Sprachvoraussetzungen und dann jeglicher Bildung, bringt eine typische Variante des Arguments der schiefen Ebene vor. Aufgrund der hohen emotionalen Besetzung des moralisch indiskutablen Endzustands, finden Argumente der schiefen Ebene häufig im politischen und öffentlichen Diskurs Verwendung, da sie als rhetorisch effektives Mittel gelten. Oftmals findet sich dabei ein empirisch vager Hinweis auf eine Entwicklung, die zu einer Situation führe, deren Erwähnung als rhetorisch besonders suggestiv gelten kann, z. B. Verweise auf das ›Dritte Reich‹. Argumente der schiefen Ebene können auch als Ausdruck von Sorge angesichts von Reformen und Veränderungen in moralisch sensiblen Bereichen begriffen werden, die als solche auch dann ernstgenommen werden sollten, wenn es sich um ungültige Argumente im engeren Sinn handelt (Burgess 1993). Neben dieser eher rhetorischen Funktion des Arguments der schiefen Ebene ist es umstritten, ob es sich hierbei überhaupt um einen logisch gültigen und falls ja um einen guten Argumententyp handelt. Häufig werden Argumente der schiefen Ebene zum Zweck der Beweislastumkehr eingesetzt (Walton 1992).

Charakteristika des Arguments der schiefen Ebene

Grundlegend lassen sich drei Varianten des Argumententyps der schiefen Ebene unterscheiden: (1) eine begriffliche, (2) eine kausale und (3) eine begrifflich-kausale Fassung (vgl. Walton 1992; Guckes 1997).

Die begriffliche Variante (1) behauptet, dass es bei der Zulassung einer Handlung h_0 begrifflich inkonsistent sei, nicht auch die abzulehnende Handlung h_n zuzulassen (Glover 1977, 166). Diese Variante bezieht sich also nicht auf prognostizierte Folgen, sondern auf die Konsistenz von Überzeugungssystemen rationaler Akteure. Da rein begrifflichen Argumenten der schiefen Ebene sowohl der prognostische als auch der gradualistische Charakter fehlt, werden sie von vielen nicht als Variante dieses Argumentationstyps anerkannt (Guckes 1997, 33).

Die kausale Variante (2) wird häufig auch als Domino-Theorie bezeichnet. Sie beruht auf der These, dass die Zulassung (bzw. das Verbot) einer Handlung h_0 mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu einem kausalen Folgeereignis e_i führt, das letztlich zu einem moralisch inakzeptablen Ereignis e_n führt. Wiederum wird von vielen bestritten, dass es sich um eine Variante des Arguments der schiefen Ebene handelt, da die kausalen Folgeereignisse ohne weitere handelnde Einflussnahme eintreten (ebd., 43).

Die begrifflich-kausale Variante (3) schließlich geht davon aus, dass aufgrund der Verwendung von vagen oder auslegungsbedürftigen Begriffen, in Kombination mit psychischen Mechanismen, die Gefahr droht, von ursprünglich akzeptablen Praxen sukzessive zu inakzeptablen Konsequenzen zu gelangen (Lamb 1988).

Ein Argument der schiefen Ebene kann in eine schematische Darstellung folgender Art gebracht werden:

Pr 1: Wenn Handlung H_0 zugelassen wird, führt das mit einer Wahrscheinlichkeit P_1 zu der Zulassung von Handlung H_1 .

Pr 2: Wenn H_1 zugelassen wird, führt das mit einer Wahrscheinlichkeit P_2 zu der Zulassung von H_2 .

Pr 3: Wenn H_2 zugelassen wird, führt das mit einer Wahrscheinlichkeit P_3 zu der Zulassung von H_3 .

K 1: Wenn H_0 zugelassen wird, führt das mit einer Wahrscheinlichkeit $P_1 \times P_2 \times P_3$ zu der Zulassung von H_3 .

Pr 4: H_3 sollte nicht zugelassen werden (hierüber besteht weitgehend Einigkeit).

Pr 5: Das Risiko, dass es zu einer Zulassung von H_3 kommt, sollte nicht eingegangen werden und ist unangemessen in Relation zu den von der Zulassung von H_0 erhofften Gütern.

K 2: Handlung H_0 sollte nicht zugelassen werden.

Das Argument der schiefen Ebene beruht auf den beiden Schlussregeln ›Kettenschluss‹ und *modus tollens* (Guckes 1997, 8). Hält man den gradualistischen und prognostischen Charakter von Argumenten der schiefen Ebene für konstitutiv und folgt damit der Auffassung, dass es sich bei der rein begrifflichen und der rein kausalen Variante nicht um Argumente der schiefen Ebene im eigentlichen Sinne handelt, dann ist entscheidend, dass die Übergänge zwischen den einzelnen Folgezuständen empirisch sind. Sie dürfen also lediglich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aufeinander folgen und nicht mit begrifflicher oder kausaler Notwendigkeit. Sofern sie Anspruch darauf erheben können, ein gutes Argument zu bieten, schultern Argumente der schiefen Ebene deswegen hohe empirische Beweislasten. Es muss gezeigt werden, dass die angenommenen Eintrittswahrscheinlichkeiten tatsächlich bestehen.

Die Wahrscheinlichkeit P für das Eintreten der jeweiligen Folgeereignisse muss größer als 0 und kleiner als 1 sein. Daher wird auch der abzulehnende Endzustand nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aus den vorhergehenden Zuständen folgen. Aus diesem Grund kommen Argumente der schiefen Ebene nicht ohne risikoethische Erwägungen aus (s. Kap. II. 23). Der Verweis darauf, dass eine unerwünschte Folge mit einer Wahrscheinlichkeit P mit einer bestimmten Praxis verknüpft ist, reicht alleine nicht aus, um diese Praxis zu delegitimieren. Vielmehr muss zudem gezeigt werden, dass P relativ zur erwarteten Folge eine inakzeptabel hohe Wahrscheinlichkeit, d. h. ein Risiko darstellt, das nicht eingegangen werden sollte. Hierbei ist zu beachten, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit der abgelehnten Folge mit der Länge der prognostizierten Ereigniskette abnimmt, da die Eintrittswahrscheinlichkeiten aller Ereignisse miteinander multipliziert werden müssen und jeweils unter 1 liegen. Entscheidungen mit $P=1$ – also unter Gewissheit – sind keine Fälle des Arguments der schiefen Ebene.

Auf Basis des Charakters von P lassen sich noch

einmal zwei Arten differenzieren. Ist es möglich, P quantitativ anzugeben, so spricht man von *Entscheidungen unter Risiko*. Ist die Höhe von P ungewiss, so spricht man von *Entscheidungen unter Unsicherheit* (Guckes 1997, Kap. I. 3). Insbesondere bei letztgenannten Fällen ist es schwierig die Akzeptabilität eines Risikos zu beurteilen.

Unter Berücksichtigung der vorhergehenden Erläuterungen lassen sich sieben Anforderungen für gute Argumente der schiefen Ebene (Guckes 1997, 82) aufstellen:

- Die Berücksichtigung aller unmittelbaren Gründe ist nicht ausreichend, um die in Frage stehende Praxis als moralisch inakzeptabel auszuzeichnen.
- Es werden ausschließlich empirische Gründe für die Annahme vorgetragen, dass es zu der prognostizierten Ereignisfolge kommt.
- Die empirische Einschätzung beruht nicht auf einer Begriffsverwirrung.
- Die moralische Beurteilung der unmittelbaren Gründe durch den Argumentierenden ist haltbar.
- Das Argument ist logisch gültig.
- Für die Annahme, es bestehe ein Risiko, dass es zu dem befürchteten Ende kommt, gibt es gute Gründe.
- Mit dem bestehenden Risiko wird angemessen umgegangen.

Anwendungsbereiche

Insbesondere im Rahmen der Bioethik sind Argumente der schiefen Ebene häufig formuliert worden. Dies mag u. a. daran liegen, dass sich durch die Entwicklungen der medizinischen und technischen Möglichkeiten die Grenzen der Unverfügbarkeit der menschlichen Natur verschoben haben und frühere Gewissheiten nun moralisch disponibel werden (z. B. für die Gentechnik vgl. Habermas 2005). Gerade in solchen moralisch sensiblen Domänen liegt es nahe, mit dem gerade auch rhetorisch starken Mittel des Arguments der schiefen Ebene zu operieren, um auf die moralische Bedenklichkeit bestimmter technisch-medizinischer Optionen hinzuweisen. Für den Kontext der deutschen Debatte muss dabei die Erinnerung an die Taten im ›Dritten Reich‹ berücksichtigt werden, die den Debatten einen besonderen Stellenwert verleiht. Zudem spielt das Argument der schiefen Ebene eine zentrale Rolle in allen Debatten, in denen es im weitesten Sinne um politisch-rechtliche Interventionen in moralisch sensiblen Bereichen geht.

Viele Argumente der schiefen Ebene in bioethischen Kontexten stellen darauf ab, dass jeder Versuch der Lebensqualitätsbewertung nahezu unweigerlich dazu führe, dass ökonomische Interessen, die Interessen der von bioethischen Maßnahmen Betroffenen überstimmten bzw. diese keine Berücksichtigung mehr fänden. Zudem wird befürchtet, dass Lebensqualitätsbewertungen grundsätzlich unvereinbar mit dem Prinzip der Menschenwürde sind (s. Kap. II. 17). Gegen diesen Argumenttyp kann jedoch vorgebracht werden, dass diese Befürchtungen nicht alle Arten der etablierten Standards innerhalb der Lebensqualitätsbewertung treffen, so dass nicht jede Art von Lebensqualitätsbewertung über kurz oder lang zu Ignoranz gegenüber den Interessen der Betroffenen führt (Quante 2010, Kap. 1).

Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik

Im Kontext von Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID) sind wiederholt Argumente der schiefen Ebene vorgebracht worden (s. Kap. III. 5). Die Möglichkeit zur selektiven Abtreibung (bei PND) bzw. unterlassener Einpflanzung (bei PID) wird dann nicht auf Basis unmittelbarer Gründe kritisiert, sondern weil sie langfristig zu einer Zunahme von behindertenfeindlichen Einstellungen (Antor/Bleidick 1995, 278) oder einer generationenübergreifenden »liberalen Eugenik« (Habermas 2005) führe. Das Argument der schiefen Ebene behauptet dabei, dass PND vielleicht nicht aufgrund des Status des ungeborenen Lebens abgelehnt werden muss, wohl aber, weil sich in der Etablierung dieser Praxis behindertenfeindliche Einstellungen vermehren und verfestigen. Die Möglichkeit, einen Embryo bzw. Fötus aufgrund einer möglichen Behinderung abzutreiben, führe dazu, dass auch lebende Menschen mit dieser Behinderung mehr Ablehnung erfahren (Kurmann 2008, 28).

Dieses Argument der schiefen Ebene wird im Kontext von PID in analogen Formen vorgetragen (Hüppe 2010). Auch wenn dieses Argument der schiefen Ebene auf einem fragwürdigen begrifflichen Übergang von der Ablehnung einer Behinderung zur Ablehnung des Trägers einer Behinderung fußt (Düber 2009), wäre es dennoch möglich, dass sich ein solcher Einstellungswandel vollzieht, da nicht jede vernünftige Unterscheidung auch zu einer wirksamen Unterscheidung wird (Williams 1985, 127 f.). Allerdings unterlassen es die Autoren meist, entspre-

chende empirische Belege vorzubringen und bisher unternommene Untersuchungen weisen eher in die entgegengesetzte Richtung. So lässt sich seit der Einführung von PND an einer Vielzahl von Indikatoren eher ein behindertenfreundlicher Einstellungswandel nachweisen (van den Daele 2005). Es ist ebenfalls nicht zu sehen, warum sich dies bei der Legalisierung von PID ändern sollte.

Euthanasie

In der Debatte um die Zulässigkeit der Sterbehilfe (s. Kap. II. 25 und III. 40) werden Varianten des Arguments der schiefen Ebene angeführt, um aufzuzeigen, dass die Zulassung von freiwilliger Sterbehilfe zu einer Veränderung des moralischen Klimas führe, die letztlich auch unfreiwillige Sterbehilfe nach sich ziehe. Dabei sind sich die Diskutierenden meist darüber einig, dass ein humanes Sterben möglich sein soll. Man hält also nicht an einem *in dubio pro vita* um jeden Preis fest (Guckes 1997, 210). In der emotional und rhetorisch aufgeladenen Debatte wird häufig unter Verweis auf die Euthanasie-Programme der NS-Diktatur argumentiert (Ach/Gaidt 2000). Über die Ablehnung solcher Programme besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens. Wird daher vermittels eines Arguments der schiefen Ebene gezeigt, dass die Einführung der freiwilligen Sterbehilfe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem moralischen Klima führt, in dem unter ökonomischem Druck in Krankenhäusern auch unfreiwillige Sterbehilfe praktiziert wird und wenn zudem die Ansicht überzeugt, dass ein solcher Zustand mit demjenigen der NS-Herrschaft in relevanter Hinsicht analog ist, liegt ein starkes Argument gegen die Zulässigkeit der freiwilligen Sterbehilfe vor. Die mit einem moralischen Verfall und gesellschaftlichen Normwandel argumentierenden Autoren bleiben dabei jedoch in der Regel die Darlegung schuldig, wie sich ein solcher Normwandel vollziehen soll (etwa Kinsauer Manifest 1992, 171) und verstoßen gegen die oben vorgestellte sechste Adäquatheitsbedingung. Auch im empirischen Vergleich zwischen verschiedenen Kulturen, etwa im Rahmen der Einführung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und deren Auswirkungen, ist die Interpretation der empirischen Daten nicht eindeutig (Ach/Gaidt 2000, 425). Auch wenn die faktisch in diesem Rahmen vorgebrachten Argumente der schiefen Ebene in der Regel nicht die Adäquatheitsbedingungen für gute Argumente der schiefen Ebene erfüllen, kann es natürlich poli-

tisch-pragmatische Gründe geben, diesen Beachtung zu schenken. Gerade die Emotionalität der Debatte und der Rückgriff auf Argumente der schiefen Ebene legen nahe, dass es in der Gesellschaft stark abweichende Einschätzungen über Chancen und Gefahren der Sterbehilfe gibt. Aus pragmatischen Gründen – etwa des sozialen Friedens – kann es daher sinnvoll sein, solche Ängste auch ohne gute Argumente ernstzunehmen.

Paternalismus

Weitere Anwendung finden Argumente der schiefen Ebene im Kontext des Antipaternalismus. Hier wird die These geäußert, dass selbstschädigendes Verhalten prinzipiell außerhalb der legitimen Intervention Dritter liegen müsse, da anderenfalls die Gefahr drohe, dass der öffentlichen Einmischung in private Angelegenheiten kein Einhalt mehr zu bieten sei. Beispielhaft ausformuliert wurde dieser Einwand im Kontext des libertären Paternalismus (s. Kap. II. 20). Der libertäre Paternalismus zielt darauf ab, das Umfeld und die sog. Entscheidungsarchitektur von Menschen so einzurichten, dass sie mit höherer Wahrscheinlichkeit Entscheidungen zu ihrem Wohl, z. B. für ihre Gesundheit oder finanzielle Sicherheit, treffen (für Beispiele solcher Veränderungen vgl. Thaler/Sunstein 2009). Es bleibt jedoch die Möglichkeit erhalten, diese mutmaßlich guten Optionen zu verwerfen. Solche Vorschläge werden u. a. im Bereich der *Public Health Ethics* (s. Kap. III. 20) diskutiert. So könnten ungesunde Nahrungsmittel weniger ansprechend präsentiert werden oder Arbeitgeber ihre Mitarbeiter standardmäßig für bestimmte Krankenversicherungsleistungen anmelden (wobei letzteres insbesondere im Kontext unzureichender öffentlicher Krankenversicherung relevant ist). In beiden Fällen bleibt die Möglichkeit erhalten, dennoch zur ungesunden Nahrung zu greifen oder sich von der Krankenversicherung abzumelden. Gegen solche vermeintlich wenig intrusive paternalistische Praxen wird jedoch eingewandt, dass sie dazu führen könnten, den Boden für stärker intrusive paternalistische Praxen zu ebnen (Whitman/Rizzo 2007). Durch empirische sowie begriffliche Unklarheiten, z. B. wann Menschen ihrer Gesundheit oder finanziellen Sicherheit in der Zukunft einen zu geringen und wann einen adäquaten Wert beimessen, seien solche Ansätze dafür offen, von maßvollen zu übermäßigen Interventionen abzugleiten. Außerdem könnte sich durch den Einstieg in paternalistische Regulierun-

gen die Akzeptanz für diese und damit künftig die Zustimmung zu solchen Maßnahmen erhöhen. Zeigen moderate Maßnahmen zudem nicht den erwarteten Erfolg, so könnte man auf verschärfte Maßnahmen zurückgreifen, statt die Praxis zu verwerfen. Beurteilt man die vorgetragene Kritik dann fällt auf, dass lediglich die Möglichkeit eines ausufernden Paternalismus behauptet wird.

Literatur

- Ach, Johann S./Gaidt, Andreas: Wehret den Anfängen? Anmerkungen zum Argument der ›schiefen Ebene‹ in der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte. In: Andreas Frewer/Clemens Eickhoff (Hg.): »Euthanasie« und die gegenwärtige Sterbehilfe-Debatte: die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt a. M./New York 2000, 424–447.
- Antor, Georg/Bleidick, Ulrich: *Recht auf Leben – Recht auf Bildung. Aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik*. Heidelberg 1995.
- Burgess, John A.: The great slippery-slope argument. In: *Journal of Medical Ethics* 19 (1993), 169–174.
- Daele, Wolfgang van den: Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Selektion und Auswirkungen auf die Lage behinderter Menschen. In: Annemarie Gethmann-Siefert/Stefan Huster (Hg.): *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*. Bad Neuenahr-Ahrweiler 2005, 206–254.
- Den Hartogh, Govert: The slippery slope argument. In: Helga Kuhse/Peter Singer (Hg.): *A Companion to Bioethics*. Oxford 1998, 280–290.
- Düber, Dominik: Liberale Eugenik oder Paternalismus? Ethische Probleme im Kontext der Pränataldiagnostik. In: *Forum Wissenschaft* 2 (2009), 52–55.
- Glover, Jonathan: *Causing Death and Saving Lives*. Hamdsworth 1977.
- Govier, Trudy: What's wrong with slippery-slope arguments? In: *Canadian Journal of Philosophy* 12/2 (1982), 303–316.
- Guckes, Barbara: *Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*. Stuttgart/Jena/Lübeck/Ulm 1997.
- Habermas, Jürgen: *Die Zukunft der menschlichen Natur: Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt a. M. 32005.
- Hüppe, Hubert: Behindertenbeauftragter des Bundes: PID diskriminiert Menschen mit Behinderung und Krankheit. *Cicero Online*. Dezember 2010. In: <http://www.cicero.de/berliner-republik/behindertenbeauftragter-des-bundes-%3Fpid-diskriminiert-menschen-mit-behindierungen> (11. 06. 2013).
- Kinsauer Manifest. In: Franco Rest (Hg.): *Das kontrollierte Töten*. Gütersloh 1992, 171–176.
- Kurmann, Margaretha: Hauptsache Beratung – Vorgeburtliche Untersuchungen: Autonomie, Information, Verantwortung? In: *Forum Wissenschaft* 4 (2008), 27–31.

- Lamb, David: *Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics*. London 1988.
- Quante, Michael: Wider die Unverträglichkeit von Menschenwürde und Lebensqualitätsbewertung. In: Ders.: *Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*. Hamburg 2010, 27–42.
- Rudinow, Joel: On 'the slippery slope'. In: *Analysis* 34/5 (1974), 173–176.
- Thaler, Richard H./Sunstein, Cass R.: *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven, Conn. 2009.
- Walton, Douglas N.: *Slippery Slope Arguments*. Oxford 1992.
- Whitman, Douglas Glen/Rizzo, Mario J.: Paternalist slopes. In: *NYU Journal of Law and Liberty* 2/3 (2007), 411–443.
- /–: The camel's nose is in the tent: rules, theories, and slippery slopes. In: *UCLA Law Review* 51/2 (2002), 539–592.
- Williams, Bernard: Which slopes are slippery? In: Michael Lockwood (Hg.): *Moral Dilemmas in Modern Medicine*. Oxford 1985, 126–137.

Dominik Düber und Tim Rojek

2 Behinderung

Soziales versus medizinisches Modell von Behinderung

Nach der deutschen sozialrechtlichen Definition gelten Menschen als »behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist« (SGB IX § 2 Abs. 1).

Dieses medizinische Modell von Behinderung, mit dem sozialrechtliche Leistungsansprüche begründet werden, ist auf Grund seiner Defektorientierung und seines damit verbundenen Diskriminierungspotenzials umstritten. Vertreter der *disability studies* beziehen sich deshalb auf das soziale Modell von Behinderung, dem zufolge ein Mensch nicht in erster Linie durch seine individuelle Beeinträchtigung behindert ist, sondern durch gesellschaftliche Barrieren, Benachteiligungen und negative Bewertungsmuster behindert wird (vgl. Barnes et al. 1999, 27 ff.). Analog zur Unterscheidung zwischen biologischem (*sex*) und sozialem Geschlecht (*gender*) der *gender studies* (s. Kap. III. 15) wird in den *disability studies* zwischen körperlicher, kognitiver oder psychisch-sozialer Beeinträchtigung (*impairment*) und Behinderung durch gesellschaftliche Barrieren und negative Bewertungsmuster (*disability*) unterschieden.

Die Kritik am medizinischen Modell von Behinderung hat auch die neue, internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation geprägt, welche die alte Klassifikation der Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen (ICIDH) abgelöst hat. Die ICF folgt einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Behinderung und nimmt nicht nur beeinträchtigende Gesundheitsbelastungen auf drei Ebenen – Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitätspotenziale und Partizipationsfähigkeiten – in den Blick, sondern bezieht auch Umwelt- und personenbezogene Faktoren ein (vgl. Hirschberg 2009). Auch die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 legt das soziale Modell von Behinderung zu Grunde. In der Konvention wird auf eine abschließende Definition von Behinderung verzichtet und stattdessen der Kreis der Menschen mit Behinderungen festge-

legt als Personen (s. Kap. II. 21), die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Die Konvention fordert von den Vertragsstaaten u. a., Respekt für die individuellen Besonderheiten eines jeden Menschen zu zeigen, Maßnahmen zur Bekämpfung von Vorurteilen und abwertenden Einstellungen in der Gesellschaft zu ergreifen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich nicht diskriminierende Einstellungen gegenüber behinderten Menschen kulturell durchsetzen können (vgl. Graumann 2011).

Nun wird ›der Bioethik‹ gelegentlich vorgeworfen, einen durch die präferenzutilitaristischen Thesen Peter Singers präfigurierten Diskurs zu führen, der diskriminierende Einstellungen gegenüber behinderten Menschen befördert (vgl. Hetzel 2007). In Frage steht dabei, ob Lebensqualität abhängig von einer Behinderung objektiv bestimmt oder nur subjektiv aus der Lebensgeschichte einer Person heraus verstanden werden kann (vgl. Kuhlmann 2011) und inwiefern Menschen mit Behinderung durch biomedizinische Verfahren (vgl. McLean/Williamson 2007) bzw. in den bioethischen Debatten über diese (vgl. Oulette 2011) diskriminiert werden. Gegenstand von Kontroversen sind der Personenstatus und das Lebensrecht von behinderten Neugeborenen und Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik sowie die Forschung mit sog. nichteinwilligungsfähigen Menschen. Aber auch zentrale ethische Begriffe wie Selbstbestimmung, Fürsorge und Gerechtigkeit sind mit Blick auf den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung umstritten.

Kritik an der Gegenüberstellung ›Selbstbestimmung versus Fürsorge‹

In bioethischen Diskussionen werden häufig das Recht auf Selbstbestimmung und die Fürsorgepflicht als zwei Normen angesehen, die miteinander in Konflikt geraten können und dann gegeneinander abgewogen werden müssen. Von Philosophinnen und Philosophen, die für sich in Anspruch nehmen, die Perspektive von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen, wird allerdings das gängige Verständnis beider Begriffe kritisch beleuchtet. Wenn das Recht auf Selbstbestimmung primär als negatives Recht von selbstständigen, unabhängigen und selbst-

genügsamen Individuen verstanden wird, werden Menschen mit Behinderung, insbesondere diejenigen mit einem hohen Unterstützungsbedarf, nicht gleichermaßen berücksichtigt (vgl. List/Stelzer 2010). Deshalb fordert Alasdair MacIntyre die Abhängigkeit in sozialen Beziehungsnetzen als anthropologisches Faktum anzuerkennen (MacIntyre 2001), und Martha Nussbaum versteht Selbstbestimmung als Grundfähigkeit der Kontrolle über die eigene Umwelt, auf deren Entwicklung jeder Mensch einen verbindlichen Anspruch geltend machen kann (Nussbaum 2010). Fürsorge im traditionellen Sinn wird von den genannten Autorinnen und Autoren abgelehnt, weil sie mit paternalistischer Bevormundung und Fremdbestimmung verbunden ist (s. Kap. II. 20). Eine gewisse Popularität besitzt in diesen Kreisen der Begriff *care*, mit dem eine gute, den Bedürfnissen der sorgenden wie der umsorgten Person Rechnung tragende und Bevormundung vermeidende Sorge verbunden wird. Umgekehrt werden, wenn das Recht auf Selbstbestimmung aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung verteidigt wird, der Anspruch auf Schutz vor Fremdbestimmung und Bevormundung mit dem Anspruch auf Entwicklung, Bewahrung und Wiederherstellung der Fähigkeiten zu Selbstbestimmung verbunden (vgl. Graumann 2011).

Eine weitere zentrale Frage betrifft den Zusammenhang zwischen der gesellschaftlichen Anerkennung von behinderten Menschen, philosophischen Konzepten sozialer Gerechtigkeit, die ihren Lebenslagen Rechnung tragen, und ihrem Recht auf volle und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe (*inclusion*) (vgl. Felder 2012).

Das Lebensrecht von Menschen mit Behinderung

Viele Kinder, die extrem früh oder schwer krank zur Welt kommen und früher keine Lebensaussichten hatten, können heute auf Grund der Fortschritte in der Neonatologie überleben. Dabei sind die intensivmedizinischen Behandlungen belastend für die Kinder und individuelle Prognosen über Überlebenaussichten und eventuell dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen sind mit Unsicherheit behaftet. Dies stellt Ärzte und Eltern vor schwierige Entscheidungskonflikte. Entschieden werden muss zum einen, ob eine lebenserhaltende Behandlung begonnen wird, und sofern Komplikationen auftreten zum anderen, ob und falls ja wann von einer kurativen auf

eine palliative Behandlungsstrategie übergegangen wird. Nach geltendem Recht wird jedes geborene Kind als Subjekt mit gleicher Würde und gleichen Rechten anerkannt. Es hat damit einen Anspruch auf eine lebenserhaltende medizinische Behandlung, aber auch den Anspruch auf Schutz vor einer unzumutbaren ›Übertherapie‹. Dabei kann die Behinderung des Kindes alleine den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nicht rechtfertigen.

In bioethischen Debatten dagegen wird über das Lebensrecht von Neugeborenen mit Behinderung kontrovers diskutiert. Dabei hat insbesondere die präferenzutilitaristische Position von Singer, der für die Zulässigkeit einer Tötung behinderter Neugeborener argumentiert, in Deutschland für erhebliche öffentliche Proteste gesorgt. Ein generelles Tötungsverbot lässt sich Singer zufolge nur für selbstbewusste Personen begründen, die auf die Zukunft bezogene Wünsche und die Präferenz weiterzuleben haben. Neugeborene hätten zwar das Interesse, nicht zu leiden, jedoch noch keine auf die Zukunft bezogenen Wünsche. Ihre schmerzfreie Tötung auf Wunsch ihrer Eltern wäre daher laut Singer nicht per se verwerflich (Singer 1994). Die öffentliche Empörung über Singers Thesen hat zur Entstehung einer sozialen Bewegung gegen ›die Bioethik‹ geführt, der pauschal vorgeworfen wurde, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen den Status als Person mit gleicher Würde und gleichen Rechten abzuspochen, ihre Existenzberechtigung zur Disposition zu stellen und Behinderung umstandslos mit Leid gleichzusetzen, was den Lebenserfahrungen von Menschen mit Behinderung keineswegs entspricht (vgl. Dederich 2003).

Die Bioethik-Kontroverse der 1990er Jahre hat nicht nur zu persönlichen Kränkungen auf beiden Seiten geführt, sondern auch dazu, dass heute zumindest hierzulande in der Bioethik deutlich differenzierter mit dem Thema Behinderung umgegangen wird – gerade auch in der philosophischen Debatte über den Personenbegriff und dessen normative Implikationen. Dabei werden die potenziellen Konsequenzen unterschiedlicher philosophischer Personenbegriffe für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kritisch reflektiert und deren Lebensrecht kaum noch in Frage gestellt. Im Unterschied dazu ist das Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen derzeit in den USA Gegenstand einer sehr polarisierten philosophischen Debatte (vgl. Kittay/Carlson 2010), die sich an den Thesen von Jeff McMahan über die ›Ethik des Tötens‹ entzündet hat (McMahan 2002).

Die Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Pränatale Diagnostik (PND) gehört heute zum Regelangebot in der Schwangerenvorsorge. Dabei müssen invasive und nicht-invasive Verfahren sowie individuell begründete und allgemein selektive Zielsetzungen unterschieden werden. Die invasiven Verfahren wie die Amniozentese und die Chorionzottenbiopsie werden erst ab dem zweiten Drittel der Schwangerschaft angewandt, führen zu relativ zuverlässigen Diagnosen, sind aber mit Eingriffsrisiken wie Fehlgeburten und gegebenenfalls späten Schwangerschaftsabbrüchen verbunden. Sie werden bei einer individuell begründeten Zielsetzung, d. h. wenn eine Erbkrankheit in der Familie bekannt ist, nach der gezielt gesucht werden soll, direkt angewandt.

Die nicht-invasiven Verfahren, wie das Ersttrimester-Screening haben eine allgemein selektive Zielsetzung, weil sie Schwangeren ohne bekannte erbliche Vorbelastung angeboten werden. Sie erlauben nur eine Spezifizierung des Risikos für bestimmte Behinderungen, das gegebenenfalls mit invasiven Verfahren weiter abgeklärt werden muss, und sind sehr unzuverlässig. Im Jahr 2012 gelangten jedoch Verfahren zur Marktreife, die erlauben, die fetale DNA über das mütterliche Blut zu bestimmen. Mit diesem nicht-invasiven Test ist nun auch ein breites Screening nach Chromosomenmutationen, zudem mit einer hohen Genauigkeit, möglich. Beide Verfahren können schon im ersten Schwangerschaftsdrittel angewandt werden, bergen nur minimale Eingriffsrisiken und werden in der Regel als privat zu bezahlende Gesundheitsleistungen angeboten. Sie zielen v. a. auf Chromosomenveränderungen. Ihre Detektionsrate für das Down-Syndrom wird mit 99,5 % angegeben. In den kommenden Jahren ist mit einer massiven Zunahme an Angeboten der sog. *non invasive prenatal diagnosis* (NIPD) zu rechnen, die eine große Zahl von Krankheiten und Behinderungen erfassen und deutlich kostengünstiger werden dürften. Realistisch betrachtet, muss mit einem ›grauen Screening‹ gerechnet werden, mit der Konsequenz, dass viel weniger Kinder mit einer erblichen Behinderung zur Welt kommen als heute. Aus ethischer Sicht ist diese neue Entwicklung noch kaum diskutiert worden.

Im Juli 2011 wurde in Deutschland auch die Präimplantationsdiagnostik (PID) zugelassen, wenn aufgrund ihrer genetischen Veranlagung eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit beim Kind oder für eine Tot- oder Fehlge-

burt besteht. Bis dahin galt die PID in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz laut vorherrschender Rechtsmeinung als verboten. Bei der Präimplantationsdiagnostik werden mehrere Embryonen im Labor gezeugt und genetisch getestet. Nur die nicht von dem gesuchten genetischen Merkmal betroffenen Embryonen werden für die Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet.

Während die PID und die PND in der allgemeinen ethischen Diskussion im Spannungsfeld der reproduktiven Selbstbestimmung der prospektiven Eltern und der Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen und Föten diskutiert werden, wird dies aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung als Engführung der ethischen Problematik kritisiert (vgl. Scully 2008). Aus ihrer Sicht ist das ethische Kernproblem der PID und PND neben den Entscheidungszwängen auf werdende Eltern der diskriminierende Charakter in Bezug auf behinderte Menschen (vgl. Wassermann et al. 2005). Kontrovers diskutiert wird allerdings, was hier genau als Diskriminierung zu verstehen ist. Richtig ist sicher, dass die individuelle Entscheidung eines Paares zur Inanspruchnahme von PND oder PID nicht als Diskriminierung der Gruppe von Menschen mit Behinderungen angesehen werden sollte. Als Diskriminierung gewertet wird aber auch, dass Vorurteile über das Leben mit Behinderung darüber entscheiden können, ob ein Mensch geboren wird oder nicht (McLean/Williamson 2007), und dass in ethischen Diskursen über die Verfahren Behinderung umstandslos mit Leid gleichgesetzt wird (vgl. Hetzel 2007). Nach dem *expressivist argument* von Eric Parens und Adrienne Asch sind es die Praxen der PID und PND selbst, die diskriminierend sind, weil von ihnen die Botschaft ausgeht, dass die Existenz von behinderten Menschen vermieden werden soll (Parens/Asch 2000). Auch hier wird auf ein weites Verständnis von ›Diskriminierung‹ Bezug genommen, das die Beförderung von negativen Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung durch die Etablierung von PID und PND unterstellt. Um Missverständnissen vorzubeugen wäre es möglicherweise zielführend in diesem Zusammenhang nicht von ›Diskriminierung‹ sondern von ›Stigmatisierung‹ zu sprechen.

Forschung mit sog. nichteinwilligungsfähigen Menschen

Ein weiterer Streitpunkt zwischen Bioethikerinnen und Bioethikern und der bioethikkritischen Bewegung war das europäische *Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin* von 1991. Kritisch hinterfragt wurde, ob die Bioethik-Konvention den beabsichtigten Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte tatsächlich leistet oder diesen nicht vielmehr unterminiert. Gegenstand der Debatte war insbesondere die Regulierung fremdnütziger Forschung mit einwilligungsunfähigen Personen. Solche Forschung mit Kindern und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen soll nach der Bioethik-Konvention unter der Bedingung zulässig sein, dass sie nur mit geringen Belastungen und Risiken verbunden ist und Personen der Gruppe zugutekommt, der die Probanden selbst angehören. Befürworter sahen darin den überfälligen Abbau von Forschungshindernissen, von Kritikern wurde dies als Instrumentalisierung einwilligungsunfähiger Personen im Interesse Dritter gewertet (vgl. Klinnert 2009).

Während mittlerweile das umstrittene Konzept der Gruppennützigkeit in zahlreiche europäische Richtlinien, in einzelstaatliche Gesetze und in die *Deklaration von Helsinki* aufgenommen wurde, hat sich die Diskussionslage aus ganz anderen Gründen verändert. Die *UN-Behindertenrechtskonvention* von 2006 schreibt in Art. 12 vor, dass alle Menschen mit Behinderung gleiche Anerkennung vor dem Recht genießen sollen. Das bedeutet zum einen, dass stellvertretende Entscheidungen nicht mit der Konvention vereinbar sind, zum anderen aber auch, dass die Unterscheidung zwischen einwilligungsfähigen und nicht einwilligungsfähigen Personen gegen die Konvention verstößt. Regelungen, die Personen unter Bezug auf deren Einwilligungsunfähigkeit von Forschung ausschließen, werden damit fragwürdig. Allerdings wird in Art. 15 der Konvention formuliert, dass jede Forschung mit Menschen ohne deren freiwillige und informierte Einwilligung unzulässig ist. Damit stellt sich die Frage, welche Anforderungen an eine gültige persönliche Einwilligung in die Beteiligung an einem Forschungsvorhaben zu stellen sind und ob damit nicht sogar eine höhere Hürde zum Schutz von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen vor Instrumentalisierung im Interesse Dritter errichtet worden ist. Die Diskussion über diese und weitere Konsequenzen aus Art. 12 etwa für das Betreuungsrecht (›Assistenz statt Stellvertretung‹)

und die Gesundheitsversorgung (›Legitimation von Zwangsbehandlungen‹) hat allerdings erst begonnen (vgl. Aichele 2013).

Literatur

- Aichele, Valentin (Hg.): *Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht: Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention*. Baden-Baden 2013.
- Barnes, Colin/Mercer, Geoff/Shakespeare, Tom (Hg.): *Exploring Disability. A Sociological Introduction*. Cambridge 1999.
- Carlson, Licia: *The Faces of Intellectual Disability: Philosophical Reflections*. Bloomington 2009.
- Dederich, Markus (Hg.): *Bioethik und Behinderung*. Bad Heilbrunn 2003.
- Felder, Franziska: *Inklusion und Gerechtigkeit. Das Recht behinderter Menschen auf Teilhabe*. Frankfurt a. M. 2012.
- Graumann, Sigrid: *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt a. M. 2011.
- Hetzel, Mechthild: *Provokation des Ethischen. Diskurse über Behinderung und ihre Kritik*. Heidelberg 2007.
- Hirschberg, Marianne: *Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation*. Frankfurt a. M. 2009.
- Kittay, Eve Feder/Carlson, Licia (Hg.): *Cognitive Disability and Its Challenge to Moral Philosophy*. Chichester, West Sussex 2010.
- Klinnert, Lars: *Der Streit um die europäische Bioethik-Konvention: Zur kirchlichen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung um eine menschenwürdige Biomedizin*. Göttingen 2009.
- Kuhlmann, Andreas: *An den Grenzen unserer Lebensform: Texte zur Bioethik und Anthropologie*. Frankfurt a. M. 2011.
- List, Elisabeth/Stelzer, Harald (Hg.): *Grenzen der Autonomie*. Frankfurt a. M. 2010.
- MacIntyre, Alasdair: *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*. Hamburg 2001.
- McLean, Sheila/Williamson, Laura: *Impairment and Disability: Law and Ethics at the Beginning and End of Life*. Abingdon 2007.
- McMahan, Jeff: *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*. Oxford 2002.
- Nussbaum, Martha: *Grenzen der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M. 2010.
- Oullette, Alicia: *Bioethics and Disability: Toward a Disability-Conscious Bioethics*. Cambridge 2011.
- Parens, Erik/Asch, Adrienne (Hg.): *Prenatal Testing and Disability Rights*. Washington D. C. 2000.
- Scully, Jeakie Leach: *Disability Bioethics. Moral Bodies, Moral Difference*. Lanham 2008.
- Singer, Peter: *Praktische Ethik*. Stuttgart 1994 (engl. 1979).
- Wassermann, David/Bickenbach, Jerome/Wachbroit, Robert (Hg.): *Quality of Life and Human Difference: Genetic Testing, Health Care, and Disability*. New York 2005.

Sigrid Graumann

3 Datenschutz

Historische Entwicklung

Aufgabe des Datenschutzrechts ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten durch Dritte in schutzwürdigen Belangen beeinträchtigt wird. Regelungen, die dem Schutz der Privatsphäre dienen, gab es – etwa in Gestalt des Post- oder des Steuergeheimnisses – bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Als eigenständige Rechtsmaterie etablierte sich das Datenschutzrecht jedoch erst zu Beginn der 1970er Jahre. Beeinflusst durch die amerikanische Debatte um das ›Recht auf Privatheit‹ und den Mikrozensus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, in dem die zwangsweise Registrierung und Kategorisierung von Bürgern in ihrer ganzen Persönlichkeit für unvereinbar mit der Menschenwürde (s. Kap. II. 17) erklärt wurde, trat in Hessen 1970 das erste spezifische Datenschutzgesetz der Welt in Kraft. Dieses zielte auf den Schutz der Datenverarbeitung vor unbefugten Eingriffen ab und schuf mit der Einführung eines unabhängigen Landesdatenschutzbeauftragten eine Institution, die das deutsche Datenschutzrecht allgemein und auch künftig prägen sollte.

Als Reaktion auf die zunehmende Automatisierung von Datenverarbeitungsprozessen wurde sieben Jahre später das *Bundesdatenschutzgesetz* (BDSG) verabschiedet. Dieses enthielt Regelungen zum Datenschutz in Unternehmen; datenschutzrechtliche Vorschriften im Privatbereich spielten lediglich eine untergeordnete Rolle, da zu dem Zeitpunkt nur wenige Bürger einen Computer besaßen. Maßgeblich wurde das Datenschutzrecht allerdings wenige Jahre später durch das sog. *Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts* (BVerfGE 65, 1 ff.) geprägt. Anlass dieses Urteils war die geplante Totalerhebung im Rahmen einer Volkszählung, bei der zahlreiche persönliche Daten der Bürger erhoben werden sollten und gegen die zahlreiche Verfassungsbeschwerden erhoben wurden. In seinem Urteil vom 15. Dezember 1983 erklärte das Bundesverfassungsgericht das zugrundeliegende Volkszählungsgesetz für verfassungswidrig. Darüber hinaus beendete es die Diskussion über nicht schutzbedürftige ›Bagatelldaten‹ und führte ein neues Kriterium für die umfassende Sensibilität sämtlicher Daten ein. So stellt es fest, dass nicht allein auf die Art der Angaben abgestellt werden könne, und führt weiterhin aus:

»Entscheidend sind ihre Nutzbarkeit und Verwendungsmöglichkeit. Diese hängen einerseits von dem Zweck, dem die Erhebung dient, und andererseits von den der Informationstechnologie eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten und Verknüpfungsmöglichkeiten ab. Dadurch kann ein für sich gesehen belangloses Datum einen neuen Stellenwert bekommen; insoweit gibt es unter den Bedingungen der automatischen Datenverarbeitung kein ›belangloses‹ Datum mehr« (BVerfGE 65, 1, Rn. 176).

Diese persönlichkeitsrechtliche Beurteilung anhand des Verwendungszusammenhangs folgte in der Erkenntnis, dass auch scheinbar belanglose Daten, die nicht direkt die Privatsphäre betreffen, dank neuer Informationstechnologien so vernetzt werden können, dass persönlich relevante Daten entstehen.

Insbesondere: Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung

Mit dieser Grundsatzentscheidung erkannte das Bundesverfassungsgericht auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung als verfassungsrechtliche Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) an und stellte dazu fest: »Individuelle Selbstbestimmung setzt aber – auch unter den Bedingungen moderner Informationsverarbeitungstechnologien – voraus, daß dem Einzelnen Entscheidungsfreiheit über vorzunehmende oder zu unterlassende Handlungen einschließlich der Möglichkeit gegeben ist, sich auch entsprechend dieser Entscheidung tatsächlich zu verhalten« (BVerfGE 65, 1, Rn. 148). Es fügte hinzu, dass derjenige, der nicht mit einiger Gewissheit zu beurteilen vermöge, welche ihn tangierenden Informationen, welchen Personen seiner sozialen Umwelt bekannt sind, und der die Kenntnisse potentieller Kommunikationspartner nicht halbwegs einzuordnen vermöge, in seiner Freiheit, selbstbestimmt zu planen oder Entscheidungen zu treffen, maßgeblich eingeschränkt werden könne. Eine Gesellschaftsordnung und eine entsprechende Rechtsordnung, in welcher Bürger nicht mehr in der Lage seien zu wissen, welche Personen zu welchem Zeitpunkt welche Informationen über sie haben, sei mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung nicht vereinbar. Wer sich nicht sicher sei, ob divergentes Verhalten zu jeder Zeit vermerkt und als Information fortwährend gespeichert, genutzt oder weitergegeben wird, werde sich bemühen, sich nicht durch ein derartiges Verhalten hervorzutun. Hieraus folge, dass die freie Entfaltung der Persönlichkeit im

Rahmen der modernen Datenverarbeitung den Schutz des Einzelnen vor grenzenloser Ermittlung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe persönlicher Daten voraussetze: »Dieser Schutz ist daher von dem Grundrecht des Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG umfaßt. Das Grundrecht gewährleistet insoweit die Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen« (BVerfGE 65, 1, Rn. 149).

Gleichzeitig stellte das Bundesverfassungsgericht in diesem Urteil Grundprinzipien auf, die in der novellierte Fassung des BDSG von 1990 übernommen wurden. Das BDSG regelt die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sowie deren Übermittlung an Dritte durch öffentliche und nicht-öffentliche Stellen. Unter personenbezogene Daten fallen nach § 3 Abs. 1 BDSG Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person. Eine namentliche Benennung ist damit nicht notwendig. Ausreichend ist es, wenn aus dem Inhalt oder Zusammenhang der zur Verfügung stehenden Angaben ein Bezug zu ihr möglich ist wie z. B. durch die Kontonummer oder die IP-Adresse. Unter Angaben über persönliche Verhältnisse fallen etwa die Anschrift, der Familienstand, die Religionsangehörigkeit oder auch die Zugehörigkeit zu Vereinigungen. Die Angaben über sachliche Verhältnisse umfassen Informationen wie z. B. das Einkommen oder Besitzverhältnisse. Nicht vom Anwendungsbereich des BDSG erfasst sind Daten juristischer Personen, wie z. B. einer GmbH.

Grundprinzipien des Datenschutzrechts

Betroffene haben nach § 6 Abs. 1 BDSG das Recht auf Auskunft der über sie gespeicherten personenbezogenen Daten, wobei auch Angaben über die Herkunft ihrer Daten und den Zweck ihrer Verwendung umfasst werden. Die Auskunft kann jedoch nach einer Abwägung im Einzelfall verweigert werden, wenn das allgemeine öffentliche, das (nicht-öffentliche) Interesse an der Wahrung des Geschäftsgeheimnisses oder das Geheimhaltungsinteresse eines Dritten überwiegt (s. Kap. II. 11). Darüber hinaus haben Betroffene das Recht auf Benachrichtigung, Löschung oder Sperrung ihrer Daten sowie das Recht, die Übermittlung an Dritte zu untersagen. Ihnen steht ebenfalls ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu. Einem

speziellen Schutz unterliegen nach § 3 Abs. 9 BDSG sog. besondere Arten personenbezogener Daten. Unter diese fallen Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, über politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, über die Gewerkschaftszugehörigkeit, die Gesundheit und das Sexualleben. Diese müssen nach § 4 d Abs. 5 S. 1 BDSG vor der automatisierten Verarbeitung von dem Datenschutzbeauftragten der entsprechenden Institution geprüft werden (sog. Vorabkontrolle). Eine Ausnahme besteht nur, falls eine gesetzliche Verpflichtung oder Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder die Datenverarbeitung der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Schuldverhältnisses dient.

Die vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Grundprinzipien sind vom Gesetzgeber in verschiedenen Abschnitten des BDSG kodifiziert worden. Nach dem Grundprinzip des Datenverarbeitungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt (§ 4 Abs. 1 BDSG) ist das Erheben, Verarbeiten und Nutzen personenbezogener Daten nur zulässig, soweit eine spezielle Rechtsvorschrift die Datenverarbeitung ausdrücklich erlaubt oder der Einzelne eingewilligt hat. Als Rechtsvorschriften kommen dabei Bestimmungen des BDSG wie z. B. § 28 BDSG für die Erhebung und Speicherung von Daten für eigene Geschäftszwecke bei nicht-öffentlichen Stellen und spezielle Rechtsnormen aus anderen Rechtsgebieten wie z. B. aus dem Arbeits-, Sozial-, Steuer- oder Telekommunikationsrecht in Betracht. Die Datenverarbeitungsverfahren sind dabei von einem internen bzw. externen Datenschutzbeauftragten zu überprüfen. Sofern ein solcher nicht existiert, müssen sie bei der zuständigen Aufsichtsbehörde angezeigt werden. Die Erhebung personenbezogener Daten ist nach dem Prinzip der Direkterhebung grundsätzlich nur unmittelbar beim Betroffenen selbst zulässig, d. h. er muss von der Beschaffung der Daten zumindest Kenntnis haben. Das heimliche Beschaffen von Daten wie z. B. die heimliche Telefonabhörung ist unzulässig.

Ausnahmen sind gemäß § 4 Abs. 2 BDSG nur insoweit zulässig, als die Erhebung durch eine Rechtsvorschrift vorgesehen ist, sie die zu erfüllende Verwaltungsaufgabe gefährden könnte oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand bedeuten würde. Das Grundprinzip der Transparenz beschreibt die Anforderung, dass jeder Betroffene wissen soll, welche persönlichen Daten über ihn gespeichert wurden. Darüber hinaus ist er über die Identität der Datenverarbeitungsstelle, den Zweck der Datenerhebung, Datennutzung und Datenverwendung sowie

eventuell eingeschalteten Dritten, an die Daten übermittelt werden, zu informieren (§ 4 Abs. 3 BDSG). Neben diesen Transparenzpflichten, die gegenüber dem Betroffenen zu erfüllen sind, bestehen auch solche in organisatorischer Hinsicht. So ist ein Verzeichnissverzeichnis aufzustellen, das dem Datenschutzbeauftragten übergeben und von ihm veröffentlicht werden muss. Die Zweckbindung stellt ein weiteres Grundprinzip dar, nach dem jeder Datenerhebung und Datenverarbeitung einem im Vorfeld festgelegten Zweck entsprechen muss.

Eine Speicherung auf Vorrat für künftige Zwecke ist ohne hinreichende verfassungsrechtliche Güterabwägung grundsätzlich unzulässig. In seinem Grundsatzurteil zur Vorratsspeicherung von Telekommunikationsverkehrsdaten hat das Bundesverfassungsgericht 2010 ausgeführt, dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verlangt, dass die gesetzliche Ausgestaltung einer solchen Datenspeicherung dem besonderen Gewicht des mit der Speicherung verbundenen Grundrechtseingriffs angemessen Rechnung trägt. Erforderlich sind demnach hinreichend anspruchsvolle und normenklare Regelungen hinsichtlich der Datensicherheit, der Datenverwendung, der Transparenz und des Rechtsschutzes. Darüber hinaus sind der Abruf und die unmittelbare Nutzung der Daten nur dann verhältnismäßig und damit verfassungsgemäß, wenn sie überragend wichtigen Aufgaben des Rechtsgüterschutzes dienen. Im Bereich der Strafverfolgung setzt dies einen durch bestimmte Tatsachen begründeten Verdacht einer schweren Straftat voraus. Für die Gefahrenabwehr und die Erfüllung der Aufgaben der Nachrichtendienste dürfen sie nur bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für eine konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Person (s. Kap. II. 21), für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder für eine gemeine Gefahr zugelassen werden (BVerfGE 125, 260 ff.).

Eine spätere Änderung des ursprünglich festgelegten Zwecks ist nach § 14 BDSG bzw. § 28 BDSG aufgrund gesetzlicher Grundlage oder bei Einwilligung des Betroffenen möglich. Dies gilt jedoch nicht für Daten, die zu Zwecken der Datenschutzkontrolle bzw. der Datensicherung oder zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Betriebes einer Datenverarbeitungsanlage verwendet werden. Bei Erhebung, Nutzung oder Speicherung von Daten sind nach § 9 BDSG technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, die gewährleisten, dass nur berechtigte Personen Zugriff erhalten. Daten, die einem Berufs- oder Amtsgeheimnis unterliegen, bedürfen nach

§ 39 BDSG einer verstärkten Zweckbindung. Hier gilt insbesondere, dass personenbezogene Daten, die einem Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnis unterliegen und die von der zur Verschwiegenheit verpflichteten Stelle in Ausübung ihrer Berufs- oder Amtspflicht zur Verfügung gestellt worden sind, von der verantwortlichen Stelle nur für den Zweck verarbeitet oder genutzt werden dürfen, für den sie sie erhalten hat.

Die Datenverarbeitung muss darüber hinaus nach dem Grundprinzip der Erforderlichkeit notwendig sein, d. h. es darf kein anderes Mittel zur Verfügung stehen, das zur Zweckerreichung genauso gut geeignet wäre. Dabei muss die durch die Datenverarbeitung verursachte Beeinträchtigung des Betroffenen so gering wie möglich gehalten werden. Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von persönlichen Daten muss sich auf das Maß, das für die jeweilige Erreichung des Zwecks erforderlich ist, beschränken. Nach dem Grundprinzip der Datenvermeidbarkeit und Datensparsamkeit sind gemäß § 3 a BDSG so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Sie dürfen nicht für unbegrenzte Zeit aufbewahrt werden und sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Darüber hinaus sollen die Daten anonymisiert oder pseudonymisiert werden, soweit dies nach dem Verwendungszweck möglich ist und im Verhältnis zum angestrebten Zweck keinen unverhältnismäßigen Aufwand darstellt.

Ein erheblicher Teil der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des BDSG geht auf den supranationalen Gesetzgeber der Europäischen Union zurück. In den vergangenen Jahrzehnten sind auf europarechtlicher Ebene zahlreiche Richtlinien erlassen worden, die bestimmte Mindeststandards für die Mitgliedstaaten festlegen – und die von den Mitgliedstaaten in nationales Recht umgesetzt werden müssen. So war zentrales Ziel der im Jahr 1995 verabschiedeten Richtlinie zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutz-Richtlinie 95/46/EG) die Schaffung eines einheitlichen Datenschutzstandards als Grundlage für einen freien und reibungslosen Datenverkehr innerhalb Europas. Beabsichtigt war hierbei die Beibehaltung der verschiedenen Datenschutzsysteme der Mitgliedstaaten unter der Voraussetzung, dass sie ausreichenden Schutz gewährleisten. In Deutschland erfolgte die Umsetzung dieser Richtlinie durch eine erneute Novellierung des BDSG.

Die Datenschutz-Richtlinie wurde 1997 durch die

Richtlinie über die Verarbeitung personenbezogener Daten und den Schutz der Privatsphäre im Bereich der Telekommunikation (Telekommunikations-Richtlinie, 97/66/EG) ergänzt. Letztere musste jedoch schon bald aufgrund der neusten technischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Internetkommunikation und des Mobilfunks überarbeitet werden und wurde daher im Jahr 2002 durch die Richtlinie über die Verarbeitung personenbezogener Daten und den Schutz der Privatsphäre in der elektronischen Kommunikation (Datenschutzrichtlinie für elektronische Kommunikation, 2002/58/EG) ersetzt. Diese legte verbindliche Mindeststandards für den Datenschutz in der Telekommunikation fest, die auch Verbote wie z. B. die des Mithörens von Telefongesprächen und des Abfangens von E-Mails umfasste. Auf diese Weise sollten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Mitgliedstaaten harmonisiert werden, um einen gleichwertigen Schutz der Grundrechte und Grundfreiheiten, v. a. im Hinblick auf das Recht auf Privatsphäre im Bereich der elektronischen Verarbeitung personenbezogener Daten zu erreichen. Die Umsetzung der Datenschutzrichtlinie für elektronische Kommunikation erfolgte in Deutschland durch eine Novellierung des Telekommunikationsgesetzes.

Aktuelle Entwicklungen

Mittlerweile ist im Rahmen der EU-Datenschutzreform beschlossen worden, die Datenschutz-Richtlinie künftig durch die sog. Datenschutz-Grundverordnung zu ersetzen, die unmittelbar ohne Umsetzungsakt in den Mitgliedstaaten Anwendung finden und etwaige Modifikationen im Rahmen der Umsetzung der vorgegebenen Regelungen nicht mehr zulassen wird. Als Hauptziele der Verordnung sind v. a. die Gewährleistung von Transparenz und Vorhersehbarkeit der Datenverarbeitung identifiziert worden. Gegenstand der aktuellen Diskussion sind darüber hinaus auch die Löschung von personenbezogenen Daten nach Ablauf einer bestimmten Frist (sog. Recht auf Vergessenwerden) sowie das Recht auf Datenportabilität, nach dem Nutzer ihre Daten beim Wechsel des Informationssystems übernehmen und jederzeit beim Anbieter herausverlangen können sollen. Zudem sollen auch internationale Unternehmen, die – wie etwa Google – Daten europäischer Bürger verarbeiten, an die datenschutzrechtlichen Grundprinzipien der EU gebunden werden, wodurch die Verordnung auch international Anwen-

zung finden würde. Die Verhandlungen über die Verordnung dauern im Europäischen Parlament und im Rat der Europäischen Union seit mehreren Jahren an.

Literatur

- Dammann, Ulrich/Dix, Alexander/Ehmann, Eugen/Ernestus, Walter/Mallmann, Otto/Petri, Thomas O./Scholz, Philip/Seifert, Achim/Sokol, Bettina/Simitis, Spiros (Hg.): *Bundesdatenschutzgesetz Kommentar*. Baden-Baden 2011.
- Däubler, Wolfgang/Klebe, Thomas/Wedde, Peter/Weichert, Thilo: *Bundesdatenschutzgesetz Kommentar*. Frankfurt a. M. 2010.
- Gola, Peter/Klug, Christoph/Körffler, Barbara: *BDSG – Bundesdatenschutzgesetz Kommentar*. München 2012.
- Kollek, Regine: Biobanken – medizinischer Fortschritt und datenschutzrechtliche Probleme. In: *Vorgänge* 4 (2008), 59–68.
- Menzel, Hans-Joachim: Datenschutzrechtliche Einwilligungen in medizinischer Forschung. In: *Medizinrecht* (2006), 702–707.
- Stratenwerth, Günter: Medizinische Forschung, ärztliches Berufsgeheimnis und Datenschutz – Der Versuch einer Regelung in der Schweiz. In: *Vierteljahrszeitschrift für Sozialrecht* 2 (2001), 141–145.
- Taupitz, Jochen: Der Entwurf einer europäischen Datenschutz-Grundverordnung – Gefahren für die medizinische Forschung. In: *Medizinrecht* 30/7 (2012), 423–428.

Tade Matthias Spranger

4 Dilemma

Unter einem Dilemma versteht man eine Situation, in der einer Person (s. Kap. II. 21) verschiedene Handlungsoptionen offenstehen, von denen sie eine ergreifen muss, gleichzeitig aber keine der möglichen Optionen alle moralischen Ansprüche erfüllen kann.

Moralische Dilemmasituationen werden in der Literatur unterschiedlich rekonstruiert. Manche Autoren führen sie auf das Vorliegen verschiedener, inkomensurabler Werte zurück, die in einer konkreten Situation nicht allesamt realisiert werden können (Nagel 1979; Stocker 1990; Gowans 1994). Moralisches Handeln ist in dieser Perspektive wesentlich dadurch charakterisiert, dass moralisch relevante Werte realisiert oder befördert werden. Im Fall eines Wertekonflikts kann ein moralisch relevanter Wert nur auf Kosten eines oder mehrerer anderer moralischer Werte realisiert oder befördert werden. Jede Handlungsoption impliziert dadurch einen Wertverlust, und dies verleiht in dieser Perspektive der entsprechenden Situation einen dilemmatischen Charakter. Thomas Nagel führt z. B. fünf fundamentale Werttypen an, die konfliktieren und dadurch zu Dilemmasituationen führen können: Spezielle Pflichten, die sich aus besonderen Beziehungen ergeben, negative Pflichten, die eine Person gegenüber allen anderen Personen hat, Nützlichkeit, perfektionistische Erwägungen sowie die Bindung an die eigenen Lebensprojekte (Nagel 1979).

Eine weitere Möglichkeit zur Rekonstruktion von moralischen Dilemmata besteht in dem Ausweis von moralischen Gründen, die für oder gegen eine Handlung sprechen (Foot 1983; Dancy 1993; Raters 2013). Eine Dilemmasituation besteht in dieser Perspektive darin, dass in ihr sowohl Gründe identifizierbar sind, die für eine Handlung sprechen, als auch Gründe, die gegen dieselbe Handlung sprechen. Welche Handlungsoption der Akteur auch wählt, er ist gezwungen, auf eine Weise zu handeln, gegen die moralische Gründe angeführt werden können.

Schließlich können Dilemmasituationen durch Verweis auf moralische Prinzipien beschrieben werden (Marcus 1980; Beauchamp/Childress 2001), die unter Umständen konfliktieren. Moralische Prinzipien sind allgemeine Handlungsanweisungen, die auf einzelne Fälle angewendet werden und so zu einer konkreten Handlungsanweisung führen. Das allgemeine Prinzip, dass Lügen moralisch verboten ist, führt beispielsweise in einem konkreten Fall zu der Handlungsanweisung, diejenige Handlung zu unter-

lassen, die eine Lüge darstellt. Ein allgemeines moralisches Prinzip erzeugt entsprechend ein Sollen, nämlich die Forderung, dem Prinzip entsprechend zu handeln. Moralische Dilemmata lassen sich in dieser Auffassung so bestimmen, dass sie Situationen darstellen, in denen verschiedene Prinzipien einander widersprechen. Jedes Prinzip erzeugt für sich genommen eine Handlungsanweisung, aber der Akteur kann nicht alle geforderten Handlungen ausüben. Eine solche Situation lässt sich so beschreiben, dass der Akteur A tun und gleichzeitig nicht A tun soll (Statman 1995), oder auch so, dass der Akteur A tun soll und B tun soll, es ihm aber unmöglich ist, sowohl A als auch B zu tun (Marcus 1980). In beiden Fällen besteht das Dilemma darin, dass der Akteur eine Handlung, die er tun soll, nicht ausführen kann.

Genuine und scheinbare Dilemmata

Unabhängig von der Frage, wie Dilemmasituationen genau zu rekonstruieren sind, ist es möglich, in einem weiteren und einem engeren Sinn von moralischen Dilemmata zu sprechen. Im weiteren Sinn handelt es sich um Situationen, in denen der Akteur gezwungen ist, auf eine Weise zu handeln, die für sich genommen verboten ist, für die aber alles in allem die meisten Gründe sprechen. Es gibt in solchen Situationen genau eine richtige Handlungsweise, die aber aus der Perspektive des Handelnden eine tragische Dimension aufweisen kann. Eine Person könnte durch das Töten eines Unschuldigen z. B. die gesamte Menschheit retten. Einen Unschuldigen zu töten, ist moralisch verboten, könnte aber in einem Fall, in dem das Überleben der gesamten Menschheit auf dem Spiel steht, die alles in allem geforderte Handlung darstellen. Dilemmata in diesem weiteren Sinn werden oft nicht als genuine, sondern als bloß scheinbare Dilemmasituationen bezeichnet oder auch als ›Schmutzige-Hände‹-Probleme (Stocker 1990): Es gibt eine alles in allem geforderte Handlung, aber diese moralisch richtige Handlung zu vollziehen bedeutet für den Handelnden, sich moralisch die Hände schmutzig zu machen.

Bei Dilemmasituationen im engeren Sinn oder auch genuine Dilemmata kann dagegen keine alles in allem geforderte Handlungsoption identifiziert werden. Der Akteur ist gezwungen, sich für eine von mehreren Handlungsoptionen zu entscheiden, von denen jede ein moralisches Fehlverhalten darstellt, ohne dass es ausschlaggebende Gründe gibt, eine der Handlungsoptionen zu wählen. Das Dilemma ent-

steht nicht alleine dadurch, dass der Akteur gezwungen ist, auf eine Weise zu handeln, die für sich genommen unmoralisch ist. Entscheidend ist, dass es keine ausschlaggebenden Gründe gibt, die eine der Handlungsoptionen abschließend rechtfertigen.

Bei genuine Dilemmata lassen sich epistemische von ontologischen Dilemmata unterscheiden (Beauchamp/Childress 2001). Ein epistemisches Dilemma liegt vor, wenn zwar nicht auszuschließen ist, dass es eine alles in allem geforderte Handlungsoption gibt, der Akteur sie aber nicht erkennen kann. Ontologische Dilemmata zeichnen sich hingegen dadurch aus, dass es eine alles in allem geforderte Handlung nicht gibt. Der entsprechende Konflikt würde sich auch dann ergeben, wenn epistemische Beschränkungen des Akteurs aufgehoben wären.

Es herrscht Uneinigkeit bezüglich der Frage, ob es genuine moralische Dilemmata gibt bzw. ob eine rationale schlüssige Moraltheorie moralische Dilemmata zulassen kann. Gegen die Möglichkeit von genuine Dilemmata werden verschiedene Argumente angeführt. Das erste Argument besagt, dass eine Moraltheorie die Möglichkeit von Dilemmata nicht zulassen kann, weil sie damit eine wesentliche Aufgabe verfehlt, die eine Moraltheorie erfüllen muss, nämlich konkrete Handlungsanweisungen zu liefern (Hare 1981). Die Möglichkeit von moralischen Dilemmata weist in dieser Perspektive auf theorieinterne Inkonsistenz und damit auf ein derart gravierendes Defizit einer Moraltheorie hin, dass die Theorie insgesamt problematisch erscheint.

Autoren, die eine solche Kritik an der Möglichkeit moralischer Dilemmata äußern, vertreten oft eine Moraltheorie, die einen obersten Wert annimmt, von dem sich alle moralischen Forderungen ableiten. Moralische Dilemmata werden entsprechend auf ›Schmutzige-Hände‹-Situationen reduziert: Es kann für den Akteur unangenehm sein und sogar eine tragische Dimension haben, dass er eine ansonsten verbotene Handlung ausführen muss, aber es gibt immer eine Handlungsweise, die den obersten Wert maximiert bzw. realisiert und die daher die alles in allem geforderte Handlungsoption darstellt.

Das zweite Argument gegen die Möglichkeit genuiner Dilemmata entstammt Überlegungen aus dem Bereich der deontischen Logik. Die Existenz genuiner Dilemmata scheint nämlich gegen allgemein akzeptierte Grundsätze der deontischen Logik zu verstoßen (Zimmerman 1996). Einerseits wird das sog. Agglomerationsprinzip allgemein akzeptiert, nach dem eine Person, die A tun soll und die B tun soll, A und B tun soll, nicht A oder B. Andererseits

wird auch das Prinzip ›Sollen impliziert Können‹ allgemein akzeptiert: Eine Handlung kann nur dann von einer Person eingefordert werden, wenn die Person die entsprechende Handlung auch ausführen kann. Situationen, die als moralische Dilemmata in Frage kommen, sind dadurch gekennzeichnet, dass ein Akteur zwischen mehreren Handlungsoptionen wählen muss, von denen jede für sich genommen ein Sollen darstellt. Gemäß dem Agglomerationsprinzip soll er entsprechend alle Handlungsoptionen ausführen. Gleichzeitig sind solche Situationen aber auch dadurch gekennzeichnet, dass der Akteur nicht alle geforderten Handlungen ausführen kann, so dass nach dem Prinzip ›Sollen impliziert Können‹ nicht davon gesprochen werden kann, dass er alle Optionen auch wirklich ausführen soll. Dass er alle Optionen ausführen soll, ist aber elementar für die Behauptung, dass der Akteur sich in einem Dilemma befindet. Wer die Möglichkeit genuiner moralischer Dilemmata behauptet, scheint daher gezwungen zu sein, entweder das Agglomerationsprinzip oder das Prinzip ›Sollen impliziert Können‹ aufzugeben.

Vertreter der Möglichkeit moralischer Dilemmata weisen dagegen auf die Tatsache hin, dass die Erfahrung von solchen Situationen ein nicht zu leugnender Teil unserer moralischen Praxis ist. Sie bemühen sich daher, Strategien zu entwickeln, um diese Erfahrung angemessen in eine Moraltheorie zu integrieren. Eine Möglichkeit besteht in der Unterscheidung zwischen *requirement dilemmas* und *blame dilemmas* (Mellema 2005). Während bei ersteren jede offenstehende Handlungsoption tadelnswert, aber nicht notwendigerweise verboten ist, sind bei letzteren alle möglichen Handlungsoptionen verboten. Während *requirement dilemmas* nach den dargestellten Prinzipien konzeptionell unmöglich sind, sind *blame dilemmas* mit dem Prinzip ›Sollen impliziert Können‹ vereinbar (Mellema 2005). Eine ähnliche Differenzierung ist die zwischen Verpflichtungs- und Verbotsdilemmata (Vallentyne 1987). Bei einem Verpflichtungsdilemma ist jede Handlungsoption geboten, auch wenn nicht alle gebotenen Handlungen ausgeführt werden können, während bei einem Verbotsdilemma jede mögliche Handlungsalternative verboten ist. Verbotsdilemmata sind nach den Regeln der deontischen Logik darstellbar.

Ein anderes Argument beruft sich auf phänomenologische Betrachtungen und weist darauf hin, dass die Person, die sich in einem moralischen Dilemma für eine der Handlungsoptionen entscheidet, sog. residualen Gefühlen ausgesetzt ist, also emotionalen Sanktionen wie Scham oder Schuldbewusstsein

(Williams 1973; Foot 1983). Diese Erfahrung spricht für die Möglichkeit moralischer Dilemmata. Gäbe es immer eine richtige Lösung für moralische Konfliktfälle, wären derartige Gefühle irrational. Vertreter einer gründerbasierten Moralkonzeption können mit Blick auf diese Erfahrung darauf hinweisen, dass in einer Dilemmasituation die Gründe, die gegen die ergriffene Handlungsoption sprechen, ihre Gültigkeit nicht verlieren, wenn eine Entscheidung zugunsten der anderen Handlungsoption gefällt wird. Sie bleiben aktiv, und dies kann die entsprechenden Gefühle erklären. Gleichzeitig weisen Vertreter dieser Auffassung darauf hin, dass die Konzeption von rivalisierenden Gründen den beschriebenen logischen Widerspruch umgehen kann, indem zwischen einem allgemeinen Sollen und moralischen Gründen unterschieden wird: Das Agglomerationsprinzip bezöge sich demzufolge allein auf Handlungsbewertungen, die alles in allem eingefordert werden können. Moralische Dilemmata sind aber dadurch gekennzeichnet, dass es keine alles in allem geforderte Handlungsoption gibt. Der Verweis auf das Fehlen von ausschlaggebenden Gründen kann somit die Rationalität residualer Gefühle erklären und den angesprochenen logischen Widerspruch ausräumen.

Dilemmata im Kontext der Bioethik

Die Erfahrung moralischer Dilemmata ist für die Bioethik seit jeher wichtig gewesen. Die Bioethik wird bisweilen sogar so charakterisiert, dass sie als akademische Disziplin überhaupt erst durch die Erfahrung von Dilemmasituationen im klinischen Alltag entstanden ist. In diesem Sinne wird ihr ein »dilemma-motivated character« zugesprochen (Battin 2005, 298). Eines der maßgeblichen Ziele der Bioethik besteht dementsprechend darin, Dilemmasituationen in medizinischen und klinischen Kontexten zu rekonstruieren und entsprechende Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Gerade im Bereich der medizinischen Ethik treten Dilemmasituationen häufig auf. Besonders anschaulich lässt sich dies vor dem Hintergrund des sog. Principlism verdeutlichen, den Tom L. Beauchamp und James F. Childress in ihrer einflussreichen Monographie *Principles of Biomedical Ethics* entwickelt haben. Beauchamp und Childress zufolge kann es im Bereich ärztlichen Handelns zu Dilemmasituationen kommen, weil ärztliches Handeln in ethischer Perspektive vier grundsätzlichen Prinzipien genügen

muss, die unabhängig voneinander sind und nicht auf ein Metaprinzip zurückgeführt werden können: Das Autonomieprinzip, das Nicht-Schädigungsprinzip, das Wohltätigkeitsprinzip sowie das Gerechtigkeitsprinzip. Diese Prinzipien generieren je für sich normative Anforderungen an ärztliches Handeln, aber keines hat grundsätzlichen normativen Vorrang und übertrumpft die anderen in allen möglichen Situationen. Dadurch können Fälle entstehen, in denen sich ein Arzt verschiedenen normativen Anforderungen ausgesetzt sieht, die er nicht alle gleichermaßen erfüllen kann. Da keines der Prinzipien notwendig die anderen Prinzipien übertrumpft, ist es möglich, dass der Arzt zwischen verschiedenen Handlungsoptionen wählen muss, ohne dass er entscheidende Gründe identifizieren kann, die es ermöglichen, eine der Optionen als die alles in allem gesollte Handlung auszuzeichnen.

Verlangt ein Patient beispielsweise nach aktiver Sterbehilfe (s. Kap. III. 40), dann konfligiert diesem Ansatz nach das Prinzip der Patientenautonomie mit dem Nichtschädigungsprinzip. Konflikte können sich aber auch innerhalb eines Prinzips ergeben. Bei der Entscheidung, welcher Patient ein Spenderorgan (s. Kap. III. 44) erhalten sollte, können etwa verschiedene Aspekte des Gerechtigkeitsprinzips in Spannung geraten: Spenderorgane können strikt nach der Position des Patienten auf der Warteliste verteilt werden oder mit Blick auf mögliche Überlebenschancen des Patienten.

Auch wenn der Ansatz des Principlism auf Kritik gestoßen ist (Gert et al. 1997), stellt er einen sehr einflussreichen Ansatz innerhalb der bioethischen Diskussion zur Rekonstruktion von dilemmatischen Fällen dar.

Umgang mit Dilemmasituationen

Da in einer Dilemmasituation keine ausschlaggebenden Gründe vorliegen, die eindeutig für eine der möglichen Handlungsoptionen sprechen, kann ein Dilemma nicht in allen Fällen aufgelöst werden. Allerdings wurden diverse Strategien für den Umgang mit Dilemmata entwickelt, sowohl auf der theoretischen Ebene als auch mit Blick auf konkrete Dilemmasituationen, die sich im klinischen Alltag ergeben können.

Eine erste Möglichkeit besteht in der Spezifizierung der Prinzipien, die zu kollidieren scheinen. Prinzipien sind auf einer allgemeinen Ebene angesiedelt und benötigen Spezifizierung, um auf konkrete

Fälle angewendet zu werden. Je nach Art der Spezifizierung könnte sich eine vermeintliche Dilemmasituation auflösen, weil gezeigt werden könnte, dass das Dilemma nur scheinbar bestand. Ziel der Spezifizierung ist ein kohärentes Gesamturteil über die jeweilige Situation, das für den Akteur trotz des wahrgenommenen Dilemmas handlungsleitende Funktionen haben kann. Es ist allerdings fraglich, ob eine solche Spezifizierung in allen Fällen das Problem löst. In erster Linie scheint sie geeignet zu sein, um epistemische Dilemmata zu beseitigen. Bei ontologischen Dilemmata könnte sich nach wie vor das Problem ergeben, dass auch nach der Spezifizierung nicht klar ist, wie eine Dilemmasituation insgesamt zu beurteilen ist.

Eine weitere Möglichkeit zum Umgang mit moralischen Dilemmasituationen besteht in einem Prozess des Abwägens. Der handelnde Akteur muss in einer konkreten Situation die jeweilige Stärke der konfligierenden Gründe oder Prinzipien beurteilen. Auch wenn es keine definitiv ausschlaggebenden Gründe gibt, die eindeutig für eine der Handlungsoptionen sprechen, kann der Akteur auf diese Weise zu einer begründeten Entscheidung kommen. In einem solchen Abwägungsprozess müssen nicht ausschließlich moralische Gründe herangezogen werden. Um in einem Dilemma zu einer begründeten Entscheidung zu gelangen, können auch pragmatische Überlegungen oder Klugheitsregeln beachtet werden (Heinrichs 2006).

Beide Strategien für den Umgang mit moralischen Dilemmata weisen der praktischen Urteilskraft des Akteurs eine wichtige Rolle zu. Diese wird entweder benötigt, um die abstrakten Prinzipien angemessen zu spezifizieren oder um konfligierende Prinzipien angemessen zu gewichten und womöglich angemessen auf nicht-moralische Überlegungen zurückzugreifen. Eine dritte Bewältigungsstrategie für moralische Dilemmata, die die Rolle der praktischen Urteilskraft noch stärker betont, stellt der Rückgriff auf tugendethische Ansätze dar. Solche Ansätze lehnen die Konzentration auf abstrakte Prinzipien ab und betonen die Rolle des Handelnden selbst. Wichtig ist in dieser Perspektive, dass Akteure im bioethischen Bereich bestimmte Tugenden ausbilden, die sie in konkreten Situationen die richtige Entscheidung treffen lassen, ohne dass sie dabei auf abstrakte Prinzipien oder allgemeine Regeln zurückgreifen – für Ärzte sind etwa Tugenden wie Ehrlichkeit, Mitleid und Einfühlungsvermögen, aber auch technische Fähigkeiten wichtig (Pellegrino/Thomasma 1993).

Tugendethische Ansätze lehnen die Vorstellung