

Akademie
für Ethik in der
Medizin e. V.

Jahrestagung 2009

Menschenbilder in der (Medizin-)Ethik

Tagungsprogramm und Abstracts

Berlin, 24.09.–26.09.2009

in Zusammenarbeit mit:



Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Charité Universitätsmedizin Berlin
Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin

Tagungsleitung:

Dr. Marianne Rabe, Berlin
Dr. Sigrid Graumann, Oldenburg

Tagungsort:

Medizinische Klinik, Charité, Campus Mitte

Kontaktadresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen
Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -3996
E-Mail: info@aem-online.de, Internet: www.aem-online.de

Tagungsprogramm

Donnerstag, 24. 09. 2009

15.30 – 17.30 Uhr

Mitgliederversammlung der AEM

18.00 – 21.00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung

Ruine, Charité, Charitéplatz 1

18.00 – 18.30 Uhr

Verleihung des Nachwuchspreises

Laudatio: Jochen Taupitz, Vizepräsident der AEM

18.30 – 20.00 Uhr

Fleischmarkt. Seit wann ist der menschliche Körper eine Ware?

Valentin Groebner, Luzern

Anschließend Musik und Stehempfang

Freitag, 25. 09. 2009

09.00 – 09.30 Uhr

Begrüßung und Einführung

Claudia Wiesemann, Präsidentin der AEM

Katrin Grüber, Institutsleiterin IMEW

N.N., Charité Universitätsmedizin Berlin

Sigrid Graumann, Marianne Rabe,

Tagungsleitung

09.30 – 12.30 Uhr

Plenarsitzung 1

Moderation: Claudia Wiesemann,

Göttingen

09.30 – 10.00 Uhr

Menschenbilder und Anthropologie in der Medizinethik

Marcus Düwell, Utrecht

10.00 – 10.30 Uhr

Personsein in Grenzsituationen.

Anthropologische Voraussetzungen medizinethischer Diskurse

Theda Rehbock, Dresden

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause

11.00 – 11.30 Uhr

Ab wann und bis wann ist der Mensch eine Person?

Gesa Lindemann, Oldenburg

11.30 – 12.30 Uhr

Plenardiskussion zu den Vorträgen

Moderation: Marianne Rabe, Berlin

12.30 – 13.30 Uhr

Mittagessen

13.30 – 15.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S1: Menschenbilder

Katharina Beier: *Aktiv, produktiv und wettbewerbsfähig. Das Bild des Menschen in der liberalen Debatte um die moderne Biomedizin*

Joachim Boldt: *„Epistemische Vulnerabilität“. Ethik und menschliches Handeln in existenzphilosophischen Ansätzen*

Christof Breitsameter: *Kein Mensch, nur Bilder. Was sieht die medizinische Ethik?*

S2: Enhancement

Roland Kipke: *Welche Verbesserung verträgt der Mensch? Menschenbilder in der Debatte um Neuroenhancement*

Oliver Müller: *Der technisierte Mensch. Anthropologisch-ethische Überlegungen zu Neurotechnologien und Neuroenhancement*

Oliver Rauprich: *Reproduktionsstörungen. Eine Herausforderung für naturalistische und normativistische Krankheitsbegriffe*

S3: Praxisberichte

Wolfgang Baier: *Das dualistische Menschenbild und ein ganzheitliches Verständnis des Menschen im Rahmen der Behandlung auf einer Intensivstation. Bedingen unterschiedliche Menschenbilder stets unterschiedliche Behandlungsstrategien?*

Daniela Mergenthaler: *Implizite anthropologische Setzungen im Bereich der Psychiatrie. Ein Beitrag aus dem Alltag*

Brigitte Huber: „*Natürlich bin ich behindert – das ist doch ganz normal!*“
Menschenbild und ethische Verantwortung

15.00 – 15.30 Uhr
Kaffeepause

15.30 – 17.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S4: Krankheitsbegriff

Beate Herrmann, Georg Marckmann: *Der Krankheitsbegriff als normative Grundlage für die solidarische Finanzierung von altersbezogenen medizinischen*

Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung?

Marianne Hirschberg: *Krank oder behindert? – Bedeutung tradierter Begriffssysteme und deren Anwendung für komplexe Syndrome*

Martin Hoffmann: *Krankheit und Behinderung. Zwei Grundbegriffe medizin(eth)ischer Reflexion und ihre Beziehung zum Menschenbild*

S5: Stigmatisierung

Markus Christen, Marianne Regard: *Der „unmoralische Patient“. Eine kritische Analyse des Einsatzes hirnerkrankter Personen in der empirischen Moralforschung*
Christine Knust: *Menschenbild und Rasse in der Medizinethik: Afroamerikaner als unfreiwillige Teilnehmer von Menschenversuchen*

Sabine Müller: *Paradigmenwechsel in der Therapie der Anorexie. Entstigmatisierung durch Biologisierung?*

S6: Workshop der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft: Ethische Implikationen der Medizinischen Anthropologie
Viktor von Weizsäcker
Rainer-M.E. Jacobi: *Einführung und Moderation*
Klaus Gahl: *Anthropologische Medizin als klinische Wissenschaft*

Hartwig Wiedebach: *Skizze einer pathischen Urteilslehre*

Christine Globig: *Abhängigkeit statt Autonomie. Prämissen ethischen Handelns*

17.00 – 17.30 Uhr

Pause

17.30 – 19.00 Uhr

Plenarsitzung 2

Moderation: Katrin Grüber, Berlin

17.30 – 18.15 Uhr

Behinderung ist keine Krankheit. Auswirkungen Defizit orientierter Ansätze auf ein Leben mit Behinderung

Ursula Naue, Wien

18.15 – 19.00 Uhr

Krankheit und Sinn: zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen

Johannes Fischer, Zürich

19.00 Uhr

Führungen im Medizinhistorischen Museum und zur „Geschichte der Charité“ über das Campus-Gelände

20.00 Uhr

Gemeinsames Abendessen bei Sarah Wiener im Museum für Kommunikation

Samstag, 26. 09. 2009

09.00 – 10.30 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S7: Rollenverständnis

Jean-Philippe Ernst: *„Soteria“ als Alternativkonzept zur institutionellen Akutpsychiatrie. Menschenbild und ethische Forderungen*

Dagmar Schmitz: *Von Ratsuchenden und Patienten. Menschenbilder in der genetischen Diagnostik*

Jürgen Wallner: *Healthcare Professional als Menschenbild*

S8: Grenzüberschreitung

Tobias Eichinger: *Ewig fit und jung im Alter - zum Menschenbild in der Anti-Aging-Medizin*

Julia Glahn: *Was die Toten über die Lebenden verraten. Über die Manifestation von Menschenbildern jenseits von Leben und Tod*

Norbert Walz: *Ist der Transhumanismus ein Antihumanismus?*

S9: Workshop with Bernard Gert:

Malady and Human Nature

Lecture by Bernard Gert

with replies by Nikola Biller-Andorno and Georg Marckmann

Chair: Oliver Rauprich

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause

11.00 – 12.00 Uhr

Plenarsitzung 3

Debatte: Gedankenlesen – die neuen Menschenbilder in den Neurowissenschaften

Ralf Stoecker, Potsdam

Jochem Rieger, Magdeburg

Moderation: Simone Ehm, Berlin

12.00 Uhr

Rückblick, Verabschiedung

Referentinnen und Referenten der Plenarsitzungen

Prof. Dr. phil. Marcus **Düwell**

Faculteit Wijsbegeerte

Univertiteit Utrecht

Prof. Dr. theol. Johannes **Fischer**

Institut für Sozialethik

Ethikzentrum der Universität Zürich

Prof. Dr. phil. Gesa **Lindemann**

Institut für Sozialwissenschaften

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Dr. phil. Ursula **Naue**

Institut für Politikwissenschaften

Universität Wien

PD Dr. phil. habil. Theda **Rehbock**

Institut für Philosophie

Technische Universität Dresden

PD Dr. rer. nat. habil. Jochem **Rieger**

Klinik für Neurologie II

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. phil. Ralf **Stoecker**

Institut für Philosophie

Universität Potsdam

Freie Vorträge

Abstracts

S1.1 Aktiv, produktiv und wettbewerbsfähig. Das Bild des Menschen in der liberalen Debatte um die moderne Biomedizin

K. Beier

Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Die Frage nach dem Menschenbild wird im Rahmen bioethischer Debatten zumeist von Kritikern der modernen Biomedizin gestellt. Ausgehend von einem häufig christlich geprägten Menschenbild wird zum Beispiel versucht, die Anwendung von Präimplantationsdiagnostik, genetischen Tests oder Praktiken des ‚genetic engineering‘ zu begrenzen. In der liberalen biopolitischen Diskussion zu den Verfahren der modernen Bio- und Reproduktionsmedizin, die im angloamerikanischen Raum besonders präsent ist, spielt das Menschenbild hingegen kaum eine Rolle. Mit dem Hinweis auf die vermeintliche weltanschauliche Neutralität ihrer Stellungnahmen glauben Liberale auf anthropologische Annahmen verzichten zu können und wähen sich damit gegenüber Anhängern konservativ-restriktiver Positionen in einem begründungstheoretischen Vorteil. Konkret nehmen sie für sich in Anspruch, auf diese Weise das Selbstverständnis moderner liberaler Demokratien unter den Bedingungen eines gesellschaftlichen Pluralismus auch im Umgang mit gentechnischen Verfahren in privilegierter Weise zu vertreten. In meinem Vortrag möchte ich hingegen zeigen, dass sie diesem Selbstbild nicht gerecht werden. So greifen Liberale in ihren biopolitischen Stellungnahmen unter anderem auf ein spezifisch (liberales) Bild vom Menschen zurück, das seinerseits ebenfalls begründungspflichtig ist. Am Beispiel von zwei prominenten liberalen Autoren werde ich daher zeigen, wie ein bestimmtes Bild vom

Menschen bzw. der Gesellschaft im Ganzen die Antworten, die sie auf Fragen zum Umgang mit der modernen Biomedizin geben, präjudizieren.

Dazu werde ich mich erstens mit der biopolitischen Position des liberalen Rechtsphilosophen Ronald Dworkin auseinandersetzen. Konkret gilt es zu zeigen, dass seinen Überlegungen eine Privilegierung bewusster, autonomiefähiger Lebensphasen und damit ein auf körperliche und geistige Aktivität setzendes Bild vom Menschen zugrunde liegen. Diese Prämissen sind dabei nicht nur für Dworkins Rechtfertigung von Sterbehilfe ausschlaggebend, sondern haben auch unverkennbaren Einfluss auf die Frage einer gerechten Gesundheitsversorgung im Rahmen des von ihm vertretenen hypothetischen Versicherungsmodells. Auf diese Weise, so meine These, gefährdet Dworkin im Kontext der modernen Biomedizin jedoch die normativen Grundlagen seines auf dem Prinzip gleicher Achtung und Anerkennung basierenden Gleichheitsliberalismus.

Zweitens werde ich mich mit Buchanan et al. Entwurf zu einer Theorie genetischer Gerechtigkeit befassen, den das amerikanische Autorenkollektiv im Anschluss an John Rawls entwickelt hat. Dabei werde ich argumentieren, dass eine spezifische Schwäche ihrer Gerechtigkeitskonzeption im Ausgang von einer auf Produktivität ausgerichteten Wettbewerbsgesellschaft begründet liegt, in der Menschen vor allem als Konkurrenten um größtmögliche Chancen und Vorteile wahrgenommen werden und in der die Vielfalt von Optionen per se als Gut erscheint. Auf diese Weise droht das von Buchanan et al. als normativer Gerechtigkeitsmaßstab eingeführte ‚normal species functioning‘-Kriterium an der ihm zugrunde liegenden, auf interpersonellen Vergleichen beruhenden Logik zu scheitern.

Diese Beobachtungen, so lässt sich schlussfolgern, erlegen Liberalen in der gegenwärtigen bioethischen Debatte erstens die Pflicht auf, sich ihrer spezifischen ethisch-anthropologischen Fundamente bewusst zu werden. Zweitens gibt es gute

Gründe, eine *liberale* Biopolitik nicht ausschließlich als *permissive* Haltung gegenüber der modernen Biomedizin misszuverstehen, sofern die normativen Grundlagen von Gleichheit, Autonomie und Gerechtigkeit, über die sich der moderne Liberalismus maßgeblich definiert, weiterhin ihre Gültigkeit behalten sollen.

S1.2 „Epistemische Vulnerabilität“. Ethik und menschliches Handeln in existenzphilosophischen Ansätzen

J. Boldt

*Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*

Medizinethische Theoriebildungen der Gegenwart sind häufig geprägt von einem Willen zu möglichst großer Eindeutigkeit in der Beschreibung und Bewertung von Situationen: Wenn sich ein Fall auf eine bestimmte Weise darstellt, dann folgt unter bestimmten normativen Prämissen, dass bestimmte Handlungsoptionen geboten, ethisch unzulässig oder ethisch neutral sind. In ethischen Ansätzen wie sie von Kierkegaard, Lévinas oder auch Jaspers entwickelt worden sind und wie sie in Teilen der heutigen „care ethics“ fortgeführt wird, wird genau diese auf Vereindeutigung angelegte Struktur des Ethischen in Frage gestellt. Ihnen gemeinsam ist die zentrale These von dem, was sich als „epistemische Vulnerabilität“ bezeichnen lässt.

Im Hinblick auf Ethik in der Medizin und insbesondere in der klinischen Praxis soll nun gefragt werden, welches Bild vom menschlichen Handeln mit diesen gegensätzlichen Ethikmodellen verbunden ist und welche charakteristischen Chancen und Grenzen sie jeweils auszeichnen. Dazu sollen zum einen diese Modelle in ihren Grundannahmen und Konsequenzen genauer analysiert werden, zum anderen sollen charakteristische Stärken und Schwächen anhand von klinischen Ethikberatungsfällen verdeutlicht werden.

Will man eine Situation, die ethisch relevant ist, möglichst eindeutig beschreiben,

dann bedeutet dies in den allermeisten Fällen der klinisch-medizinischen Praxis, dass man das Verhalten, das Handeln und die Überzeugungen von Patienten möglichst gut zu erfassen sucht. Wenn man nun davon ausgeht, wie es das auf Eindeutigkeit angelegte Ethikmodell tut, dass diese Beschreibung sicher angegeben werden kann, dann liegt dem die Vorstellung zugrunde, dass menschliches Handeln an einem finiten und in sich distinkten Set von Motiven, Gründen und Dispositionen ausgerichtet ist. Nach diesen Überzeugungen kann man den Patienten selbst oder seine Angehörigen fragen, möglicherweise lassen sie sich auch am Verhalten ablesen. Erst wenn dann die Eruierung dieser Überzeugungen und Gründe abgeschlossen ist, kann die Frage nach dem weiteren richtigen Vorgehen gestellt werden.

Dieses Bild vom menschlichen Handeln wird von den Ansätzen, die sich von der Annahme der epistemischen Vulnerabilität leiten lassen, grundsätzlich in Frage gestellt. Gemeinsamer Ausgangspunkt dieser Ansätze ist die These, dass menschliches Handeln getragen ist von einer offenen Suche nach Überzeugungen und Gründen, weshalb es ihnen zufolge keine endgültige Einsicht in de facto vorhandene Überzeugungen des Handelns geben kann. „Epistemische Vulnerabilität“ meint dann diesen Rest an Ungewissheit in der Beschreibung von Handlungen, aber auch in der Entscheidung zu Handlungen.

Konsequenz dieser Annahme ist, dass ethisch zu handeln vor allem heißt, Willensbildungsprozesse zu ermöglichen und zu begleiten, und nicht, sie in ihren (aus Sicht dieser Ansätze vermeintlich) endgültigen Ergebnissen zu konstatieren.

Eine Schwäche dieses Ansatzes kann darin gesehen werden, dass sie die im klinischen Alltag überall zu spürende Erwartung an schnelle und klare Entscheidungsfindung nicht erfüllen kann. Umgekehrt liegt eine mögliche Schwäche des auf Vereindeutigung zielenden Ethikverständnisses, allgemein gesagt, in der Tendenz, ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Äußerungen zu schnell für unveränderlich und

nicht befragbar zu halten. Fälle aus der Ethikberatung, die beispielsweise den Umgang mit Noncompliance betreffen, können diese Stärken und Schwächen konkret beleuchten.

S1.3 Kein Mensch, nur Bilder. Was sieht die medizinische Ethik?

C. Breitsameter

*Lehrstuhl für Moralthologie,
Ruhr-Universität Bochum*

Ausgangspunkt: Die moderne Gesellschaft reflektiert sich als funktional differenzierte Gesellschaft, das heißt, es ist für sie selbstverständlich geworden, dass sie ein und denselben Gegenstand aus unterschiedlichen Blickwinkeln unterschiedlich betrachtet, ohne dass einer bestimmten Perspektive ein gesellschaftsweit konzederter Vorrang eingeräumt wird. Dies gilt auch für die professionelle Expertise. Dadurch entsteht das Paradox einer Symmetrie von Asymmetrien: Die autoritativen Sprecherpositionen der Vormoderne werden in der Moderne auf Augenhöhe zueinander gebracht, ohne aufzuhören, professionelle Sprecherpositionen zu sein. Betroffen sind davon auch für jene Professionen, die unterschiedliche Blicke auf den Menschen werfen und damit eine Pluralität von Menschenbildern hervorbringen. Damit wird klar, dass es ein Menschenbild erst gibt, seit es Menschenbilder, man kann auch sagen, seit es keine prädestinierte Sicht mehr auf den Menschen gibt. Das hat gewichtige Folgen für die klassischen Autoritäten: eine medizinische Entscheidung, die ehemals autoritative Entscheidung war, kann nun angezweifelt werden, weshalb sie mit Gründen ausgestattet werden muss.

Fragestellung: Aus dieser Rücksicht heraus erscheinen die autoritativen Sprecherpositionen wie inkarnierte naturalistische Fehlschlüsse: aus dem, was ist und beobachtet werden kann, war abzuleiten, was sein und deshalb auch getan werden sollte. Genau von diesem Kontrast her ist die moralische Uneindeutigkeit der Moderne charakterisiert: was medizinisch getan werden soll, kann durch den Juristen oder Psychiater bestritten werden. Das hat zur Folge,

dass die moderne Symmetrisierung *autoritativer* Sprecher den *authentischen* Sprecher produziert, beispielsweise den Patienten. Damit wird die Frage nach dem Verhältnis von Autorität und Authentizität aufgeworfen. Ein Beispiel: Ist, was ein Patient in einer Verfügung festlegt, gültig, wenn er sediert ist? Der Jurist kann nicht anders, als diese Frage zu bejahen, der Psychologe kann nicht anders, als zu zweifeln, der Mediziner unter Umständen gar nicht anders, als diese Frage zu verneinen.

Problemlösung: Die Ethik kann die Gleichzeitigkeit autoritativer Sprecherpositionen nicht auflösen, denn sie ist ja gerade die Praxis der Symmetrisierung. Sie kann nur ethische Probleme lösen und reagiert damit auf die moralische Uneindeutigkeit, die ohne – bezweifelbare – Begründung nicht sagen kann, was sein soll. Anders formuliert: die moralische Uneindeutigkeit, durch die die Moderne gekennzeichnet ist, soll durch ethische Begründung geheilt werden, und zwar durch Gründe, die nicht nur abstrakt gelten, sondern einen Träger haben, der also, wenn man so will, nicht nur eine Gründewelt besitzt, sondern auch eine Motivwelt. Dieser Träger aber ist der authentische Sprecher. Die Frage nach der normativen Valenz der authentischen Sprecherposition angesichts der Pluralität der klassischen Autoritäten soll durch die Unterscheidung von Motiven und Gründen beantwortet werden.

Ergebnis: Das Referat versucht, auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Aussagen genau diese Entwicklung zu charakterisieren: Das Bild vom Menschen wird zunehmen bewusst als Bild vom Menschen selbst in Frage stellt und auf den, den es meint, nur verweist. Ethik, so soll gezeigt werden, ist eine Reaktion auf die Pluralisierung von Gründen, und es muss ihr deshalb darum gehen, Gründe zu verknappen und Motive für diese Verknappung zu generieren. Der Beitrag soll zeigen, welche Konsequenzen daraus für die Medizinethik entstehen.

S2.1 Welche Verbesserung verträgt der Mensch? Menschenbilder in der Debatte um Neuroenhancement

R. Kipke

*Institut für Geschichte der Medizin,
Charité-Universitätsmedizin Berlin*

Neuroenhancement zielt im Gegensatz zu anderen Methoden nicht auf körperliche, sondern direkt auf mentale Eigenschaften, richtet sich also in höherem Maße auf eine Gestaltung der Persönlichkeit. Diese Tatsache ist der Grund sowohl für die besondere ethische Brisanz dieses Problemfeldes als auch dafür, dass Menschenbilder in dieser Debatte eine besondere Rolle spielen. Zur Frage steht die menschliche Verbesserungsfähigkeit und -bedürftigkeit. Zu diesem Punkt sind in der Debatte zwei Hauptpositionen anzutreffen:

1. Aus einer kritischen Warte betrachtet gilt Neuroenhancement als Element und Ausdruck eines problematischen normativen Menschenbildes: des Menschenbildes der Verbesserungswürdigkeit. Der Mensch ist unvollkommen und bedarf der technischen Optimierung. Neuroenhancement ist in dieser Sicht ein weiterer Schritt in einem grenzenlosen Perfektionierungsstreben, in einem medizinisch-technisch unterstützten „Terror der Perfektion“. Die Orientierung am Bild des perfekten Menschen und das Streben nach seiner Realisierung überfordere Menschen, führe sie weg von einem gelingenden Leben, das von der Annahme des Gegebenen abhängt, und führe zu einer negativen Bewertung und Diskriminierung derjenigen Menschen, die sich besonders wenig diesem Ideal fügen können.
2. Einer positiven Sicht stellt sich die Sache anders dar: Menschen haben schon immer ihre Fähigkeiten zu steigern versucht. Ja, es zeichnet den Menschen aus, dass er immer auf der Suche nach Verbesserung, nicht nur seiner Umwelt, sondern auch seiner selbst ist. Von diesem Optimierungsstreben profitieren wir alltäglich. Neuroenhance-

ment ist nur ein neues Mittel dieses Optimierungsstrebens, das sich durch Schnelligkeit und Einfachheit der Handhabung auszeichnet. Das Streben nach Verbesserung ist nicht Ausdruck eines kontingenten und fragwürdigen Menschenbildes, sondern geradezu eine anthropologische Konstante. Sofern Neuroenhancement keine gravierenden negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen hat, steht ihm nichts grundsätzlich entgegen.

Das sind nicht nur zwei unterschiedliche moralische Beurteilungen von Neuroenhancement, sondern beide beziehen auch Stellung zu einer anthropologisch-ethischen Grundüberzeugung: Der Mensch ist unvollkommen. Während für die einen ein gelungenes Leben maßgeblich in der Akzeptanz dieser gewordenen Unvollkommenheit besteht, ist diese Unvollkommenheit für die anderen vor allem ein Anreiz zu ihrer Minimierung.

Wie sind diese beiden Grundhaltungen gegenüber Neuroenhancement einzuschätzen? Meine erste These ist, dass es beiden Positionen an einer nötigen Differenzierung des menschlichen Perfektionsstrebens mangelt und daher beide auf ihre Weise einseitig sind. Denn beide unterscheiden zu wenig zwischen verschiedenen Formen menschlicher Selbstverbesserung: medizinisch-technische und das weite Feld rein mentaler Verbesserungsmethoden. Ein Vergleich zwischen den Charakteristika von Neuroenhancement einerseits und traditionellen, nicht technischen, nicht pharmakologischen Methoden andererseits, der in der bisherigen Debatte immer nur oberflächlich angerissen wird, vermag die vermisse Differenzierung nachzuholen und eine dritte Position in der Vordergrund zu rücken, für die ich mit meiner zweiten These plädieren möchte: Das Streben nach der Verbesserung der eigenen Persönlichkeit ist tatsächlich eine anthropologische Konstante, zu einem guten menschlichen Leben (im Sinne einer weithin anerkannten Konzeption des guten Lebens) kann es jedoch nur beitragen, sofern es sich einer aktiven nicht-technischen Selbstverbesser-

nung mit ihren spezifischen Vorteilen bedient. Neuroenhancement kann dies aufgrund seiner charakteristischen strukturellen Merkmale nicht leisten.

S2.2 Der technisierte Mensch. Anthropologisch-ethische Überlegungen zu Neurotechnologien und Neuroenhancement

O. Müller

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Die Menschenbilder, auf die in der ethischen Debatte um Neurotechnologien, wie Deep Brain Stimulation (DBS), oder in der ethischen Reflexion über das Neuroenhancement gern verwiesen wird, sind der „Homo faber“, mit dem der Charakter technischer Rationalität generell thematisiert wird, und der „Cyborg“, der die Technisierung des Menschen als Scheidelinie zwischen Humanismus und Transhumanismus reflektiert. In den meisten Fällen ist allerdings nicht klar, was unter diesen anthropologischen Chiffren genau verstanden wird.

Um zur ethischen Einschätzung einzelner Neurotechnologien und einzelner Praktiken des Neuroenhancement beitragen zu können, soll in diesem Beitrag (1) untersucht werden, welchen anthropologisch-ethischen Status Menschenbilder überhaupt haben können, dann sollen (2) Bedeutung und Funktion von Homo faber und Cyborg hinsichtlich des Verständnisses von Technisierungs- und Optimierungsprozessen geklärt werden und schließlich (3) soll, anwendungsbezogen, die konkrete neuroethische Relevanz dieser „anthropologischen Reflexionsfiguren“ verdeutlicht werden.

Ad (1) Menschenbilder können zur Reflexion über das menschliche Selbstverständnis, das in vielen Fällen expliziter oder impliziter Rahmen und Hintergrund konkreter Entscheidungen in der medizinischen Praxis ist, beitragen. „Menschenbild“ und „Anthropologie“ sind hierbei keinesfalls identisch. Während die philosophische Anthropologie eine Disziplin ist, die systematisch zu klären hat, wie überhaupt

methodisch und inhaltlich sachgerecht nach dem Menschen gefragt werden kann, damit sie zu einer fundierten „begrifflichen Selbstausslegung“ (V. Gerhardt) des Menschen als denkendem, handelndem und herstellendem Wesen wird, ist „Menschenbild“ meist eine typisierte, auf bestimmte humane Aspekte zugespitzte, oft kulturrelative Auffassung vom Menschen, in der sich meist auch deskriptive und normative Vorstellungen mischen. Etabliert man eine philosophisch-anthropologisch fundierte Ethik, die das Handeln *als Mensch* in ihr Zentrum rückt, dann können die Menschenbilder als anthropologische Reflexionsfiguren zur Klärung von handlungsrelevanten Selbstverständnisfragen beitragen.

Ad (2) Der Homo faber ist eine Figur, die Autoren wie Henri Bergson, Max Scheler, Ernst Cassirer, Simone de Beauvoir und Hannah Arendt philosophisch konturiert haben. Die technische Rationalität ist zwar eine der wesentlichen menschlichen Rationalitätstypen, doch steht der Homo faber für die „Totalisierung eine partiellen Rationalität“ (B. Waldenfels), durch die andere Rationalitätsformen dominiert und marginalisiert werden: So verstanden kann der Homo faber der ethischen Selbstverständigung dienen. Während diese Figur die technologische Perspektiv-Einengung auf den Menschen thematisiert, können mithilfe der Cyborg-Chiffre – der Cyborg ist durch die Integration von (Neuro-)Technologien in einen menschlichen Organismus mit optimierender Absicht definiert – Selbsttechnisierungsprozesse hinsichtlich des Natürlichkeits-Künstlichkeits-Verhältnisses und hinsichtlich Identitätsfragen thematisiert werden.

Ad (3) Vor dem Hintergrund dieser Explizierungen kann (a) hinsichtlich DBS festgehalten werden, dass der „technomorphe“ Blick auf das Gehirn nicht nur einem neurowissenschaftlichen „Cerebrozentrismus“ (Th. Fuchs) Vorschub leistet und damit Aspekte des Menschseins wie die Leiblichkeit ignoriert, sondern dass durch die Homo-faber-Rationalität die Perspektive auf das Gehirn so verengt wird, dass alternative Therapien marginalisiert werden,

was insbesondere ein Problem sein kann, wenn DBS bei psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt wird. Zudem spielen, wie das Beispiel von Helmut Dubiels *Tief im Hirn* zeigt, anthropologische Reflexionsfiguren für narrative Formen der Selbstbeschreibung eine Rolle. Mit Homo faber und Cyborg können (b) die Techniken des Neuroenhancement kritisch reflektiert werden: Das Herstellungsparadigma und die Optimierungspräsupposition dieser Techniken geht von „Verbesserungen“ aus, die nur scheinbar „Verbesserungen“ der Lebensführung sind, denn ein gelingendes Leben kann nicht hergestellt werden.

S2.3 Reproduktionsstörungen. Eine Herausforderung für naturalistische und normativistische Krankheitsbegriffe

O. Rauprich

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Welches Bild machen wir uns von Reproduktionsstörungen? Sind sie als Krankheiten oder Behinderungen aufzufassen? Oder handelt es sich bei ihnen vielmehr um einen Lebensumstand und soziales Problem, das durch die Reproduktionsmedizin pathologisiert wird? Diese Fragen werden vor allem vor dem Hintergrund der Kontroverse diskutiert, ob reproduktionsmedizinische Behandlungen von den Krankenkassen getragen werden sollen. Die Diskussion ist jedoch auch von philosophischem und medizintheoretischem Interesse, weil sie eine Herausforderung für die gängigen Krankheitsbegriffe beinhaltet. In dem Vortrag werden Ergebnisse philosophischer Analysen einer vom BMBF geförderten Studie zum Thema präsentiert.

In der Literatur werden zwei gängige Typen von Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriffen unterschieden. Nach so genannten naturalistischen Krankheitsmodellen wie dem „biostatistischen Modell“ von Boorse sind Reproduktionsstörungen als Krankheiten einzustufen, weil sie die normale biologische Funktionsfähigkeit eines Organismus einschränken. Auch nach so ge-

nannten normativistischen Krankheitsmodellen wie z.B. dem von Nordenfeldt sind Reproduktionsstörungen Krankheiten, weil sie die Fähigkeit einschränken, unter normalen Umweltbedingungen wesentliche Lebensziele zu erreichen.

Diese Implikation der gängigen Krankheitsmodelle steht in einem auffälligen Kontrast zu Meinungen von Experten und der Allgemeinbevölkerung, die Reproduktionsstörungen mehrheitlich keinen Krankheitswert zuschreiben. Eine nähere Untersuchung kann diese Diskrepanz erklären. Zwei Aspekte stellen den Krankheitswert von Fruchtbarkeitsstörungen systematisch in Frage: Zum einen fühlen sich Reproduktionsstörungen nicht wie Krankheiten an, weil sie keine typischen Krankheitssymptome wie Schmerzen, Fieber etc. verursachen. Zweitens werden Reproduktionsstörungen erst zu einem Leiden, wenn ein Kinderwunsch hinzutritt. Dieses Leiden ist vergleichbar mit dem Leiden an einem unerfüllten Berufs-, Karriere- und vor allem Partnerwunsch. Es erfüllt auch viele Menschen, die kinderlos bleiben, weil sie keinen geeigneten Partner gefunden haben. Da diese wohl kaum als krank bezeichnet werden können, kann das Leiden an einem unerfüllten Kinderwunsch per se kein Krankheitssymptom sein. Ein anderes Leiden von Menschen mit Fruchtbarkeitsstörungen ist aber nicht ersichtlich.

Eine Erwiderung auf diese Argumentation ist, Unfruchtbarkeit sei ein Ausfall der Reproduktionsfähigkeit und als solche eine Behinderung, die nicht mit einem Krankheitssymptom verbunden sein müsse. Auch diese Ansicht wird weder von Meinungserhebungen gestützt noch hält sie einer Prüfung stand. Reproduktionsstörungen beruhen zwar wie Behinderungen auf körperlich bedingten Funktionsausfällen und sie führen auch zu Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe. Im Gegensatz zu ihnen stören sie jedoch keine Tätigkeiten. Während z.B. bei Blindheit die Tätigkeit des Sehens nicht möglich ist und bei Querschnittslähmung die Tätigkeit des Gehens, sind bei Unfruchtbarkeit alle normalen motorischen, sprachlichen, akustischen, vi-

suellen, geistigen und in der Regel auch sexuellen Tätigkeiten möglich. Dies kann systematisch an dem Modell von Behinderung aufgezeigt werden, das der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO zu Grunde liegt.

Zusammenfassend kommt die Untersuchung zum Krankheitswert von Reproduktionsstörungen zu dem Ergebnis, dass sie bestenfalls als Krankheiten ohne Symptome oder Behinderungen ohne Tätigkeitsstörungen angesehen werden können. Dies erklärt, warum in Umfragen Fruchtbarkeitsstörungen keinem Krankheitswert zugeschrieben wird. Zugleich ist dieses Ergebnis eine Herausforderung für die gängigen Theorien von Krankheit und Gerechtigkeit, die entweder auf Funktionsstörungen (naturalistische Modelle) oder Frustration von Lebenszielen (normativistische Modelle) fokussieren, jedoch blind für die Aspekte der Krankheitssymptome bzw. Tätigkeitsstörungen sind.

S3.1 Das dualistische Menschenbild und ein ganzheitliches Verständnis des Menschen im Rahmen der Behandlung auf einer Intensivstation. Bedingen unterschiedliche Menschenbilder stets unterschiedliche Behandlungsstrategien?

W. Baier

Abteilung Anästhesie/Intensivmedizin, St. Josefshospital Andernach

Ausgangspunkt der Überlegungen: Seit Descartes prägt das dualistische Menschenbild bis heute die Entwicklung der Medizin und die Vorstellung bei Ärzten wie Patienten, Medizin sei eine „Naturwissenschaft“ oder „Angewandte Wissenschaft“.

Die Erweiterung technischer Möglichkeiten erlaubt es, Menschen auf einer Intensivstation künstlich länger am Leben zu halten; dies scheint die Rechtfertigung einer Medizin als Naturwissenschaft in einer „Leonardo – Welt“ zu bestätigen.

Gleichzeitig wächst das Unbehagen gegenüber einer „Apparatemedizin“.

Die Suche nach Alternativen: Wenn sich ein dualistisches Menschenbild als in ethischer Hinsicht problematisch erweist, lässt sich nach Alternativen fragen; dies nährt die Forderung, eine ganzheitliche Anthropologie zu entwickeln, die nicht auf einem cartesianischen Vorverständnis beruht.

Philosophische Anthropologie: Gegenüber dem einflussreichen Ansatz von Descartes gibt es wenige Überlegungen, die dem Anspruch auf Ganzheitlichkeit bei näherer Prüfung standhalten:

Wilhelm Kamlah hat 1972 den Begriff der „Widerfahrnisbewältigung“ geprägt. Folgt man ihm, ist es Aufgabe der Medizin, dem Patienten bei seiner „Widerfahrnisbewältigung“ zu helfen und ihm bei einem sinnvollen, aber geschichtlich endlichen Lebensvollzug zur Seite zu stehen.

Menschenbild und Intensivmedizin als Praxis: Anhand einer Intensivstation mit 12 Betten soll gezeigt werden, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu finden sind, wenn zwei ärztlich geführte Abteilungen - ideell durchaus voneinander verschieden und gleichzeitig räumlich eng beieinander und mit einem gemeinsamen Bestand an Pflegekräften – schwerstkranke Patienten behandeln, die meist nicht in der Lage sind, ihren Willen selbst kund zu tun und auf eine Wiederherstellung dieser Freiheit warten und hoffen dürfen, dass die Ärzte ihnen bei dieser „Widerfahrnisbewältigung“ helfen.

Dualismus und das Technisch Machbare: Insbesondere bei beatmeten Intensivpatienten, deren Körperfunktionen mit hohem technischen Aufwand aufrecht erhalten werden, liegt prima facie die Analogie zum materialistischen „Menschen als Maschine“ (LaMettrie) auf der Hand.

Es soll gezeigt werden, dass nicht nur bei Ärzten die Neigung besteht, eine Entwöhnung von der Maschine und damit die Chance der möglichst frühzeitigen Wiedererlangung der eigenen selbstbestimmten Handlungsfähigkeit hinauszuzögern.

Es scheint, als sei ein dualistisches Menschenbild so wirkmächtig, dass der ganzheitliche Aspekt zurückzutreten hat, obgleich doch mit den „naturwissenschaft-

lichen Methoden“ gut belegt ist, dass die Prognose mit der Dauer der Beatmung kontinuierlich schlechter wird.

Widerfahrnisbewältigung und Selbstrealisation: Folgt man Kamlah, so sind Ärzte keine „Organismusingenieure“. Ziel der Behandlung ist von Anfang an, die Handlungsfähigkeit und die Möglichkeit der Selbstrealisation des Intensivpatienten wiederherzustellen.

Zwar bedienen sich die Ärzte der technischen Apparate, allerdings durchaus im Wissen, dass dies allenfalls auf Zeit geschehen kann, da der Patient als Mensch nicht end- und geschichtslos lebt.

Starke und schwache Unterstellungen: Ausgehend von der These, dass gemeinsames und gemeinschaftliches Handeln nur möglich ist, wenn allzu starke Unterstellungen und damit Abgrenzungen vermieden werden, soll am konkreten Beispiel gezeigt werden, wie schwierig es ist, ein cartesianisches Bild mit einem ganzheitlichen Ansatz zu vereinbaren.

Schlussfolgerungen: Es soll auch gezeigt werden, dass es durchaus gelingen kann, mit unterschiedlichen Menschenbildern auf einer Intensivstation zu leben, wenn man – nicht allein auf Seiten der Ärzte – mehr Transparenz und mehr „Sprache“ im Sinne Kamlahs insbesondere in Entscheidungsprozessen wagt.

S3.2 Implizite anthropologische Setzungen im Bereich der Psychiatrie. Ein Beitrag aus dem Alltag

D. Mergenthaler

Klinik am Schlossgarten, Dülmen

Keine andere medizinische Disziplin erscheint vordergründig von anthropologischen Theorien oder Einschätzungen so durchdrungen wie die Psychiatrie bzw. auch die Psychosomatik. Bereits die Konstitution ihres Gegenstandes bzw. die Konzeption eines psychiatrischen/ psychosomatischen Krankheitsbegriffes verlangt eine anthropologische Positionierung. Andererseits besteht im klinischen Alltag allzu häufig die Tendenz, anthropologische Reflexionen auszuklammern oder zu ignorieren. Auch in einschlägigen Lehrbüchern

bleiben Gedanken zum Thema Menschenbild ein Desiderat. Ein mechanistisch-reduktionistisches, vom Subjekt und seiner Lebenswelt abstrahiertes Krankheitsmodell oder eine einseitige, biologisch ausgerichtete psychiatrische Praxis können Folgen sein.

In dem Beitrag sollen ausgehend von einzelnen, konkreten Fällen aus der Praxis zunächst die Reichweite anthropologischer Setzungen in der Psychiatrie untersucht werden. Diese Beispiele zeigen, dass Krankheiten wie z.B. akute oder chronische wahnhaftige Störungen oder einige sogenannte Persönlichkeitsstörungen (z.B. narzisstische, dissoziale) nur im Spannungsfeld von Mensch und Umwelt als solche erkannt werden können. Diagnose und Therapie dieser psychiatrischen Störungen leiten sich unmittelbar aus einem bestimmten, für die Belange der Praxis konkretisierten Menschenbild ab, welches im Alltag meist nur implizit vorhanden ist. An Hand eines Berichtes über einen Patienten mit einer chronischen wahnhaften Störung sollen verborgene anthropologische Festlegungen, wie beispielsweise die Auffassung über die Rolle der Wahrnehmung, die Art der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt, die Funktionalität oder Dysfunktionalität von Krankheit herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer praktischen Konsequenzen untersucht werden.

Die Vorstellung einiger klinischer Fälle exemplifiziert, dass unterschiedliche anthropologische Setzungen zu unterschiedlichen therapeutischen Konsequenzen führen. Dabei sind es zumeist einzelne Facetten des komplexen anthropologischen Diskurses, beispielsweise Einschätzungen über Ziele oder Funktionen des Menschen, über die Wichtigkeit einer Einheit der Wahrnehmung oder die Bedeutung eines sozialen Lebens, welche über einschneidende therapeutische oder sozialmedizinische Schritte, wie beispielsweise psychopharmakologische Behandlung, Einrichtung einer Betreuung oder auch Zwangsunterbringung entscheiden. Im Bewusstsein der Komplexität des medizintheoretischen und -ethischen Diskurses bezüglich

der Konzepte wie Krankheit, Gesundheit oder Ganzheitlichkeit wird dieser Beitrag selber keine umfassende anthropologische Theorie anbieten, aber aus Sicht der psychiatrischen Praxis einen bewussten und reflektierten Umgang mit anthropologischen Einstellungen empfehlen.

S3.3 „Natürlich bin ich behindert – das ist doch ganz normal!“ Menschenbild und ethische Verantwortung

B. Huber

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., München

Traditionelle Menschenbilder

Die moderne Gesellschaft zeichnet sich durch ein Nebeneinander unterschiedlicher Vorstellungen vom Menschen aus. War das Mittelalter noch von einem einheitlichen Welt- und Menschenbild geprägt, so brachten Aufklärung, Humanismus und säkulares Denken einen Pluralismus an Wert- und Moralvorstellungen mit sich.

Einen entscheidenden Anteil an der zunehmenden Relativierung des jüdisch-christlichen Menschenbildes sowie an der Entwicklung eines biologischen und später biologischen Weltbildes hatte die Evolutionstheorie Darwins. Als Gesetz der Evolution wirkt die Selektion. Im Kampf ums Dasein setzen sich nur die widerstandsfähigsten Lebewesen durch.

In den 1930er Jahren wurde Darwins Selektionstheorie durch den sogenannten Sozialdarwinismus auch auf die menschliche Gesellschaft angewendet und im Nationalsozialismus zur Weltanschauung erhoben. Die Verherrlichung der „deutschblütigen Rasse“ führte zu Zwangssterilisationen und „Euthanasie“ an „lebensunwertem Leben“ und zum millionenfachen Genozid an als minderwertig empfundenen Juden und „Nicht-Ariern“.

Im naturwissenschaftlich-technischen Menschenbild gilt der Mensch als rationales und naturbeherrschendes Wesen. In seinem Wissensdrang macht er Erfindungen und Entdeckungen, die zu einem teilweise problematischen Fortschritts- und Machbarkeitsideal führen. Die utopische

Vorstellung von einem Leben ohne Krankheit und Behinderung wächst auf diesem Boden. Die technisch hoch aufgerüstete Industriegesellschaft versteht den Menschen als Leistungswesen. Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit stehen im Vordergrund.

Das Menschenbild des Liberalismus sieht den Menschen als individuelles Freiheitswesen, unabhängig, autonom und mit angeborenen Rechten.

Das Selbstbild von Menschen mit Behinderung

Die knapp skizzierten Menschenbilder machen deutlich, dass Menschen mit Behinderung an die Ränder der Gesellschaft gedrängt werden. Angesichts der einseitigen Betonung solcher Menschenbilder erscheinen Menschen, die diese Erwartungen nicht erfüllen, als defizitär. Trotz der Grundrechte und trotz des nachträglich in die Verfassung eingefügten Artikel 3 Absatz 3 sind Menschen mit Behinderung faktisch in vielen Bereichen benachteiligt. Das erbarmungslose Konkurrenz- und Leistungsprinzip widerspricht der Forderung nach Gleichbehandlung aller Menschen.

Menschen mit Behinderung entsprechen nicht den „Normvorstellungen“ unserer Leistungsgesellschaft. Deshalb ist ihr Selbstbild häufig von Minderwertigkeitsgefühlen geprägt, die ihnen tröpfchenweise vermittelt werden, manchmal in homöopathischen Dosen (so Fredi Saal). Ihr Lebensgefühl ist häufig von Angst geprägt, insbesondere wenn eine Mehrfachbehinderung vorliegt. Von Kindheit an haben sie ein negatives Selbstbild verinnerlicht, das sie als isolierten, diskriminierten Außenseiter zeichnet.

Eugenik von unten

Im Zuge der Fortschritte in allen medizinischen Bereichen und insbesondere in der Fortpflanzungsmedizin hat sich seit der Einführung der künstlichen Befruchtung und Selektionsmöglichkeiten ein Denken verbreitet, das Leid und Behinderung als vermeidbar erscheinen lassen. Die Pränatale Diagnostik zielt auf Auslese von unerwünschten Eigenschaften und lässt die

darwinistische Selektionstheorie wirksam werden. Die Präimplantationsdiagnostik ermöglicht die Selektion bereits beim künstlich befruchteten Embryo vor der Implantation in den Mutterleib. „Eugenik von unten“ nennt Dietmar Mieth die individuellen Entscheidungsmöglichkeiten, die durch Einführung des § 218a StGB gegeben sind.

Die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung von 2006

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung ist seit Anfang dieses Jahres auch in Deutschland in Kraft. Sie setzt zwingend einen Paradigmenwechsel voraus. Ein Mann mit einer sogenannten „geistigen Behinderung“ sagte einmal in einer Runde: „Natürlich bin ich behindert – aber das ist doch normal!“. Behinderung nicht als Leid oder Krankheit zu sehen (wiewohl dies auch der Fall sein kann), sondern als eine Variante des Menschseins zu akzeptieren, Menschen mit Behinderung vom Rand in die Mitte der Gesellschaft zu holen, sie als gleichberechtigte Mitbürger/-innen anzunehmen – das ist die neue Vorgabe.

In dem Praxisbericht sollen *Stimmen von Menschen mit Behinderung* zu Wort kommen, ihr Selbstbild sowie eigene Vorschläge zur Verwirklichung der UN-Konvention.

S4.1 Der Krankheitsbegriff als normative Grundlage für die solidarische Finanzierung von altersbezogenen medizinischen Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung?

*B. Herrmann(✉), G. Marckmann
Universitätsklinikum Heidelberg*

Das Spektrum medizinischer Leistungen umfasst zunehmend solche Maßnahmen, die nicht oder nicht in erster Linie auf die Heilung von Krankheit abzielen, sondern auf die Verbesserung von Fähigkeiten oder auf die Verlängerung der Lebensspanne insgesamt. Im Bereich von altersbezogenen medizinischen Maßnahmen gibt es Interventionen, die sich nicht eindeutig einer

der genannten Kategorien zuordnen lassen (z. B. Hormonersatztherapie in der Menopause).

Der vorliegende Beitrag fragt nach Kriterien für die Finanzierung altersbezogener medizinische Maßnahmen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zentral für die Frage, welche altersbezogenen Maßnahmen solidarisch finanziert werden, ist der Krankheitsbezug von Beschwerden und Symptomen, die durch diese Maßnahmen behoben werden sollen. Der Krankheitsbegriff ist somit die entscheidende normative Grundlage für die Gewährung von Leistungsansprüchen sowohl im Sozialversicherungsrecht als auch in Theorien der gerechten Mittelverteilung, wie sie etwa Norman Daniels vorschlägt.¹

Im ersten Teil des geplanten Beitrags werden die Schwierigkeiten dargelegt, die sich sowohl aus dem sozialversicherungsrechtlichen wie auch aus dem naturalistischen Krankheitsbegriff für die Gewährung von Leistungsansprüchen im Rahmen der GKV ergeben. Daran anschließend wird im zweiten Teil ein erweitertes Krankheitskonzept skizziert, mit dessen Hilfe Kriterien für eine solidarische Finanzierung von altersbezogenen Maßnahmen im Rahmen der GKV ermittelt werden. Dieses Krankheitskonzept ist wesentlich bezogen auf die Realisierung moralisch relevanter Werte wie etwa Chancengleichheit im Hinblick auf die Realisierung von Lebensentwürfen und die Aufrechterhaltung der Bedingungen der Handlungsfähigkeit. Versicherte haben Anspruch auf Krankheitsbehandlung, insofern der Zustand „Krankheit“ diese grundlegenden Werte bedroht.²

¹ Vgl. Daniels, N. (2007): *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, New York

² Vgl. Werner, M. (2002): Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48(1), 125-135.

S4.2 Krank oder behindert? – Bedeutung tradierter Begriffssysteme und deren Anwendung für komplexe Syndrome

M. Hirschberg

FSP BIOGUM, Universität Hamburg

Ausgehend von Kleinman's Differenzierung des Krankheitsbegriffs in *disease*, *illness* und *sickness* und der Unterscheidung von Krankheit und Behinderung durch die Weltgesundheitsorganisation soll erforscht werden, welche Zusammenhänge zwischen beiden Konzeptionen: Krankheit und Behinderung bestehen, wo sie sich berühren oder überschneiden. Dabei soll untersucht werden, ob und wie Kleinman's Differenzierung des Krankheitsbegriffs auf den Behinderungsbegriff übertragen werden kann und wie eine Modifizierung produktiv für das Verständnis konkreter Syndrome genutzt werden kann.

Nach Kleinman bezeichnet der englische Terminus *disease* die naturwissenschaftliche, medizinische Bedeutung von Krankheit, und ist als naturwissenschaftlicher Begriff anerkannt. Krankheit wird hierbei als Fehlfunktion biologischer oder psychosozialer Prozesse konstruiert (vgl. Kleinman 1980). Hingegen umfasst der Begriff *illness* kulturelle und persönliche Empfindungen und Konnotationen der physischen oder psychischen Prozesse, die das Individuum erlebt. Der Begriff *sickness* lässt sich soziologisch verordnen: "the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces" (Kleinman 1998: 6). Im angloamerikanischen Sprachraum lässt sich durch diese begrifflichen Präzisionen eindeutiger als in der deutschen Sprache fassen, aus welcher Perspektive Krankheit betrachtet wird.

Während die WHO seit 1980 Behinderung von Krankheit auch per Klassifikation unterscheidet, ist der Bereich chronischer Erkrankungen und auch der psychischer sowie kognitiver Syndrome nicht eindeutig verortet. Dies zeigt sich u.a. daran, dass Intelligenzminderungen und Aufmerksamkeitsstörungen (als spezielle Form hyper-

kinetischer Störungen) sowohl medizinisch mit der ICD-10 (als Krankheitsklassifikation) diagnostiziert als auch mit der Behinderungsklassifikation der WHO, der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), klassifiziert werden können. Im Gegensatz zur ICD lassen sich die Syndrome mit der ICF differenziert kategorisieren, dadurch dass einzelne Körperfunktionen oder Aktivitäten sowie die individuelle Umwelt beurteilt werden.

Dieser Beitrag begründet, wie Aufmerksamkeitsschwierigkeiten sowie verschiedene kognitive Fähigkeiten interdisziplinär beurteilt werden können, indem sowohl ihre physischen und psychischen als auch ihre individuellen und gesellschaftlichen Komponenten berücksichtigt werden. Ebenso wird vorgeschlagen, die fachliche und die persönliche Perspektive auf die Syndrome nicht isoliert zu betrachten, sondern miteinander zu korrelieren. Abschließend wird resümiert, inwiefern die konzeptionelle Unterscheidung von Krankheit und Behinderung nicht zureichend ist bzw. in welcher Hinsicht eine Bandbreite zwischen beiden Konzeptionen konstruiert werden kann.

Literaturauswahl:

Kleinman, Arthur: *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, London, University of California Press 1980

Kleinman, Arthur: *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic books, A Member of the Perseus Books Group 1998

World Health Organisation: *International Classification of diseases and other health problems (ICD-10)*, Bern 1999

World Health Organisation: *International Classification of functioning, disability and health (ICF)*, Bern 2001

S4.3 Krankheit und Behinderung. Zwei Grundbegriffe medizin-(eth)ischer Reflexion und ihre Beziehung zum Menschenbild

M. Hoffmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universitätsklinikum Münster

Blickt man auf die Debatten um die Begriffe von Krankheit und Behinderung, so fällt eine beachtenswerte Analogie auf: Beide Debatten sind durch dieselbe Kontroverse um die Bedeutung des jeweiligen Grundbegriffs geprägt. Auf der einen Seite wird die Position vertreten, Krankheit bzw. Behinderung sei ein durch soziale Strukturen und gesellschaftliche Normen definiertes Konzept; die Gegenposition fasst Krankheit und Behinderung dagegen als objektiv gegebene Abweichung von der normalen physiologischen oder mentalen Funktionsfähigkeit auf. Im englischen Sprachraum hat sich zur Markierung dieser Unterscheidung in beiden Debatten eine entsprechende Terminologie etabliert: Beim Krankheitsbegriff handelt es sich dabei um die Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* (eingeführt 1975 von Christopher Boorse), beim Behinderungsbegriff um die Unterscheidung zwischen *disability* und *impairment*, die auf die 1976 publizierte *Fundamental principles of disability* der UPIAS zurückgeht.

Der Vortrag gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil geht es darum, die Analogien zwischen diesen beiden Unterscheidungen herauszuarbeiten. Dabei wird sich zeigen, dass enge Beziehungen zwischen den Phänomenen Krankheit und Behinderung bestehen. Die beiden Dichotomien markieren in den entsprechenden Debatten dieselben Diskussionsfelder. Während erstens im Fall von *impairment/disease* die Perspektive primär auf das betroffene Individuum beschränkt wird, nimmt *disability/illness* primär die soziale Einbettung und Situiertheit dieser Phänomene in den Blick. Zweitens wird *impairment/disease* zumeist als wertneutraler, nach rein wissenschaftlichen Kriterien definierbarer Begriff aufgefasst, während viele Autoren die These

vertreten, die Konzepte *disability/illness* seien ausschließlich durch gesellschaftliche und (gruppen-)moralische Wertungen determiniert. Vor dem Hintergrund dieser Gegensätze ergeben sich in beiden Debatten dieselben kontroversen Argumentationslinien: Während die Autoren, die sich auf die *impairment/disease*-Definitionen beziehen, für sich in Anspruch nehmen, die individuellen Bedürfnisse betroffener Personen ad-äquat zu berücksichtigen und somit eine theoretische Grundlage für angemessene therapeutische und präventive Behandlung von Krankheit und Behinderung zu bieten, verweisen Vertreter der *disability/illness*-Definitionen auf das Phänomen der Medikalisierung und das Diskriminierungs- und Stigmatisierungspotential objektiver Definitionen.

Ausgehend von der Rekonstruktion dieser Parallelen wird im zweiten Teil des Vortrags eine Lösung der Kontroversen vorgeschlagen. Meine Kernthese hierzu lautet: Der Grund für die Unversöhnlichkeit der Positionen liegt darin, dass sich hier zwei inkompatible Menschenbilder gegenüberstehen. Auf der einen Seite ein individualisiertes und auf die biologisch-physiologischen Grundlagen des Menschseins konzentriertes Menschenbild, auf der anderen Seite ein kollektivistisch-interaktionistisches, auf die Determiniertheit durch soziale und kulturelle Faktoren abgestelltes Menschenbild. Die Annahme dieser diametral entgegengesetzten Menschenbilder ist vor dem Hintergrund der Debatte gut erklärlich. Dies ändert jedoch nichts daran, dass beide Menschenbilder in entscheidender Hinsicht einseitig sind. Plausibler ist es, den Menschen als ein zum Teil an seine biologischen Voraussetzungen gebundenes, zum Teil als durch seine soziale und kulturelle Situiertheit bestimmtes Lebewesen anzusehen. Geht man von dieser Annahme aus, so eröffnet sich die folgende Perspektive für eine Auflösung der Kontroversen: Die beiden Dichotomien stehen nicht für zwei konkurrierende Konzeptionen von Krankheit und Behinderung, sondern für zwei extreme Pole, zwischen denen unter der Voraussetzung eines ange-

messenen Menschenbildes vermittelt werden kann. Wie diese Vermittlung im Einzelnen zu leisten ist, muss kontextabhängig ausgearbeitet werden. Im Vortrag wird skizziert, wie eine solche Konzeption von Krankheit und Behinderung dem Vorwurf der Medikalisation bzw. der Stigmatisierung behinderter Menschen begegnen kann.

S5.1 Der „unmoralische Patient“. Eine kritische Analyse des Einsatzes hirnerkrankter Personen in der empirischen Moralforschung

M. Christen (✉), M. Regard

Graduiertenprogramm für interdisziplinäre Ethikforschung, Universität Zürich

Fragestellung: Patienten sind nicht nur Objekte von Menschenbildern dahingehend, dass solche Bilder den Umgang mit Personen im medizinisch-klinischen Alltag prägen. Patienten können auch konstitutiv an der Ausgestaltung von Menschenbildern mitwirken, indem sie in Forschungen eingebunden werden, die Auskunft über biologische Grundlagen der *conditio humana* geben. Dies zeigt sich in besonderem Masse bei der Einbindung hirnerkrankter Personen in Studien über die Grundlagen des menschlichen Sozialverhaltens. Exemplarische Beispiele sind Untersuchungen an Patienten mit Läsionen im präfrontalen Kortex, die in jüngster Zeit in den Fokus der empirischen Moralforschung gerückt sind. Wir analysieren anhand dieses Beispiels die Fragestellung, welche Vorstellung von Moralität durch die Einbindung hirnerkrankter Personen in solche Forschungen gestützt wird und welche Unterschiede zwischen dieser Vorstellung und der Wahrnehmung des Verhaltens dieser Personen im Kontext der neurologischen Diagnostik bestehen.

Methode: Wir verwenden zwei Zugänge zur Untersuchung unserer Fragestellung: Zum einen wird die aktuelle Literatur im Bereich der empirischen Moralforschung, in der Personen mit präfrontalen Verletzungen als Probanden auftreten, einer genauen Analyse hinsichtlich der verwendeten

Methoden (z.B. solche der experimentellen Ökonomie) und der aus deren Einsatz gezogenen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Moralität der Versuchspersonen unterzogen. Zum anderen wird anhand eines exemplarischen Falls (Patient G.) mittels Rekonstruktion von dessen Fallgeschichte aufgezeigt, mit welchen narrativen Elementen dessen Moralität medizinisch problematisiert wurde.

Ergebnisse: Wir zeigen, dass die aktuelle empirische Moralforschung unter Einbezug hirnerkrankter Probanden eine Vorstellung von Moralität stützt, die sich eng an theoretische Unterscheidungen der normativen Ethik anlehnt – etwa indem solche Patienten „utilitaristischer“ entscheiden würden. Neben damit verbundenen methodischen Problemen, die in unserer Untersuchung dargelegt werden, ergibt der Vergleich mit der Fallrekonstruktion, dass das damit vermittelte Bild von Moralität den tatsächlichen, moralisch problematisierten Verhaltensauffälligkeiten in der Diagnostik nur bedingt gerecht wird. Basierend auf diesem Ergebnis präsentieren wir das Konzept einer Umfrage, mit der unter Verhaltensneurologen und Neuropsychologen untersucht werden soll, ob und inwieweit aktuelle Forschungen im Bereich der Sozialen Neurowissenschaften die Diagnostik hirnerkrankter Menschen beeinflusst.

S5.2 Menschenbild und Rasse in der Medizinethik: Afroamerikaner als unfreiwillige Teilnehmer von Menschenversuchen

C. Knust

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

Kulturell geprägte Menschenbilder wirken in vielfacher Hinsicht auf den Alltag und die Tätigkeit von Menschen unterschiedlicher sozialer und beruflicher Herkunft ein. Dies gilt auch und besonders für Ärzte und die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Der hier skizzierte Vortrag geht von der Annahme aus, dass die Durchführung ärztlicher Menschenversuche an bestimmten Personengruppen auf der Grundlage eines

bestimmten kulturell geprägten bzw. sozial konstruierten Menschenbildes erfolgt.

Ein besonders eindrückliches Beispiel für derartige Menschenversuche bietet die Tuskegee-Syphilis-Studie (1932-1972): 400 unwissentlich mit Syphilis infizierte dunkelhäutige Menschen wurden 40 Jahre lang in Tuskegee, Alabama, absichtlich *keiner* Behandlung zugeführt, weil Mediziner den natürlichen Krankheitsverlauf beobachten wollten, der sich ihrer Ansicht nach deutlich vom Verlauf bei „Weißen“ unterschied: Ausgangspunkt der „Study of Untreated Syphilis in the Male Negro“ war die These, dass bei „Weißen“ vor allem Gehirn und Nervensystem, bei „Schwarzen“ dagegen die Herzgefäße geschädigt würden – ausgehend von der Annahme, dass sich die Gehirne dunkelhäutiger Menschen nicht auf demselben Entwicklungsniveau wie diejenigen weißhäutiger Menschen befänden. Zudem sahen die zuständigen Ärzte Syphilis als Krankheit an, mit der sich – aufgrund eines besonders aktiven Sexualverhaltens – vor allem „Schwarze“ infizierten. Über den Verlauf der Studie wurde regelmäßig in medizinischen Fachjournalen publiziert.

Auch in der Gegenwart werden Menschenversuche unternommen, bei denen ein bestimmtes rassebezogenes Menschenbild deutlich wird. So wurden beispielsweise in den 1990er Jahren in New York jüngere Brüder von jugendlichen Straftätern (ausschließlich Afroamerikaner und Latinos) mit dem Medikament Fenfluramin behandelt, weil Forscher davon ausgingen, dass Kriminalität und Gewaltbereitschaft genetisch verankert sind und eine Präventivtherapie zur Vermeidung kriminellen Verhaltens an einer bestimmten Personengruppe (dunkelhäutige männliche Kinder) erprobt werden sollte. Hellhäutige Kinder wurden bezeichnenderweise nicht einbezogen.

Im Vortrag sollen mehrere beispielhafte Fälle von Menschenversuchen an Afroamerikanern dargestellt und auf folgende medizinethisch relevante Fragen hin untersucht werden: Werden bestimmte rassistische Menschenbilder über die Alltagskultur tradiert und finden so ihren Nieder-

schlag in der Medizin bzw. – im hier diskutierten Fall – in der klinischen Forschung?

Auf welche Argumente bzw. Belege stützen die Forscher ihre Annahmen (z. B. unterschiedliche zerebrale Entwicklung, unterschiedliche moralische Integrität etc.)?

Mit welchem Menschenbild argumentieren Forscher, die in Menschenversuche involviert sind, bei denen gezielt nur eine bestimmte nach Rassekriterien selektierte Personengruppe untersucht wird (hier: Farbige)? Inwieweit spielen ethische Argumente bzw. Rechtfertigungsstrategien hierbei eine Rolle?

S5.3 Paradigmenwechsel in der Therapie der Anorexie. Entstigmatisierung durch Biologisierung?

S. Müller

Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsklinikum Bonn

Patienten mit *Anorexia nervosa* erfahren eine subtile Stigmatisierung, die häufig zu einem verspäteten Therapiebeginn führt. Anorexie wird von der Mehrheit der Laien, aber auch der Ärzte als selbst- oder elternverschuldet betrachtet, da nach dem dominierenden soziopsychologischen Modell einerseits das Schlankheitsideal, andererseits familiäre Probleme als Hauptursachen der Anorexie gelten. Seit ca. 10 Jahren findet in der Anorexie-Forschung aber ein Paradigmenwechsel statt: Es werden zunehmend biologische, insbesondere genetische Faktoren beschrieben, die die Vulnerabilität für die Entwicklung von Anorexie in Folge einer Diät oder einer erzwungenen Hungerphase erhöhen.

Fragestellungen:

(1) Tragen biologische Erklärungen der Anorexie eher zur Stigmatisierung von Anorexie-Patienten bei, oder können sie dieser eher entgegenwirken?

(2) Welche ethischen Implikationen haben biologische Erklärungsansätze der Anorexie?

Methodik:

Im Vortrag werden erste Ergebnisse eines laufenden Forschungsprojekts vorgestellt:

(a) Art, Ausmaß und Folgen der Stigmatisierung werden mit Hilfe einer schriftlichen Befragung von je 100 Anorexie-Patienten und 100 Elternteilen sowie Fokusgruppen-Interviews untersucht.

(b) Durch eine Fragebogenerhebung bei 100 Ärzten (Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater) werden deren Wissensstand und Einstellung zur Anorexie eruiert, um festzustellen, ob der in der Fachliteratur erkennbare Paradigmenwechsel in der Praxis angekommen ist und wie er sich ggf. dort auswirkt.

(c) Da die Wirkung von Anti-Stigma-Kampagnen zugunsten von Patienten mit psychischen Erkrankungen kontrovers diskutiert wird und bei einigen Kampagnen adverse Effekte aufgetreten sind, wird untersucht, welche Erklärungsansätze der Stigmatisierung entgegenwirken. Bisher durchgeführte Anti-Stigma-Kampagnen werden kritisch daraufhin evaluiert, ob die darin verwendeten soziopsychologischen bzw. biologischen Erklärungsansätze die intendierte entstigmatisierende Wirkung zeigten. Die Hypothese lautet, dass biologische Erklärungen bei Krankheiten mit fremd gefährdendem Potential stigmatisierend wirken, andernfalls, z. B. bei Depressionen oder Essstörungen, das Gegenteil gilt. In Anlehnung an eine Studie von Crisafulli et al. (2008) wird diese Hypothese experimentell überprüft: Dazu erhalten ca. 150 Schüler randomisiert entweder eine biologische oder eine soziopsychologische Kausalerklärung für Anorexie und werden anschließend zu ihren Einstellungen zu Anorexie-Patienten befragt.

Ergebnisse:

zu (1): Im Vortrag werden die Ergebnisse der Befragung von Anorexie-Patienten und deren Eltern zu Ausmaß und Folgen der erlebten Stigmatisierung vorgestellt. Dann wird erörtert, ob und unter welchen Umständen biologische bzw. soziopsychologische Erklärungsansätze erfolgreich eingesetzt werden können, um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Daraus werden

Kriterien für effiziente Anti-Stigmatisierungsmaßnahmen für Anorexie abgeleitet.

zu (2): Das Menschenbild, das der Forschung zu biologischen Faktoren von psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere der Anorexie, zugrunde liegt, hat bestimmte ethische Implikationen: Dies betrifft vor allem die Frage nach der Autonomie von Patienten und, damit verbunden, die Frage der Schuld an der Krankheit. Während in Pro-Ana-Foren organisierte Anorexie-Patienten die extreme Gewichtsreduktion als Ausdruck der Selbstbestimmung über den eigenen Körper vertreten und das Recht dazu aus dem Autonomie-Prinzip ableiten, wird das Streben nach extremer Gewichtsreduktion nach dem biologischen Modell als Resultat starvationsbedingter Hirnveränderungen und damit als nicht-autonomer Wunsch betrachtet. Damit werden in letzter Konsequenz auch Zwangsmaßnahmen bei lebensgefährlichem Gewichtsverlust gerechtfertigt. Zum anderen rechtfertigen biologische Erklärungsansätze die Finanzierung der i. d. R. langwierigen und kostenintensiven Anorexie-Therapie auch unter dem Paradigma eines Gesundheitssystems, das Behandlungen von vermeintlich selbstverschuldeten Krankheiten zunehmend aus der solidarischen Finanzierung ausschließt.

S6.1 Einführung: Medizinische Anthropologie und Menschenbild

R.-M.E. Jacobi

Medizinhistorisches Institut, Universität Bonn

Die medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers (1886 – 1957) gehört zur Konstellation jenes geistesgeschichtlichen Umbruchs im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, wie er zumeist mit der Existenzphilosophie, der Quantenmechanik und der modernen Kunst und Literatur verbunden wird. Medizinethische Bedeutung erlangt dieser Umbruch im Horizont der Frage nach dem Menschen. Nicht nur wird das Subjekt sich selber zum Objekt, zu einem Objekt also, das zugleich auch Subjekt ist, mehr noch stellt sich überhaupt die Frage nach den leib-seelischen Bedingungen von

Subjektivität und Objektivität im Umgang des Menschen mit sich und seiner Welt. Ihre methodologische Pointe erlangt diese Frage hinsichtlich bestimmter Zustände des Menschen, die sich herkömmlicher Erkenntnis insofern entziehen, als sich der erkennende Mensch selbst in ihnen befinden kann. Dies trifft schlechterdings für alle Grenzsituationen zu, also für all jene Zustände, durch und in denen der Mensch erst eigentlich seine Bestimmung als Mensch findet. Eine Bestimmung mithin, für die eine epistemologische Unbestimmbarkeit konstitutiv ist. Auf diese paradox anmutende Weise vermitteln die Grenzsituationen des Menschen zugleich ein Bild vom Menschen als einem von allem Anfang an unzulänglichen, unfertigen und ergänzungsbedürftigen Wesen. Die Krankheit ist daher dem „Ganzen des Menschen“ in genau dem Sinne näher, als in ihr das Unganze seines Wesens offenbar wird. Erst der Tod ist es, der das Leben des Menschen „vollständig“ macht.

Die elementaren menschlichen Erfahrungen der Schwäche, des Schmerzes und der Not gewinnen im Kontext jenes epochalen Umbruchs gleichsam paradigmatischen Wert für die Grundlegung jeder möglichen Wissenschaft vom Menschen. Für die Medizin führt dies zur Frage nach ihrem „epistemologischen Status“ (Georges Canguilhem). Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistet Weizsäcker aus neurologischen Befunden erwachsene *Theorie des Gestaltkreises* (1933/40). Sie gibt nicht nur den Entwurf einer „klinischen Epistemologie“, mehr noch postuliert sie eine unhintergehbare Selbstverborgenheit des Menschen. Deren empirisches Fundament liegt in der eigentümlich pathischen Struktur der Krise: einem Konstitutivum allen Lebens. Insofern jede Krankheit des Menschen von der Art einer Krise ist, impliziert das Menschenbild der Medizinischen Anthropologie sowohl eine bestimmte Form medizinischer Wissenschaft als auch ethischer Urteilsbildung. Die Besonderheit liegt in der Untrennbarkeit dieser beiden Implikationen, d.h. in der *sittlichen Normativität* anthropologischer Medizin. So überrascht

es nicht, dass es die neueren Fortschritte einer dezidiert naturwissenschaftlichen Medizin waren, die Jürgen Habermas zum Anlass wurden, in Erinnerung an die Aristotelische Ethik zwischen der „technischen Herstellung“ und einer „klinischen Einstellung“ zu unterscheiden.

S6.2 Anthropologische Medizin als klinische Wissenschaft

K. Gahl

Braunschweig

Eine Medizin, die dem kranken Menschen als Menschen gerecht werden will, berücksichtigt seine körperliche, seelisch-geistige und seine soziale Situation, soweit diese Aspekte für sein Kranksein und die Ermöglichung seines Gesundwerdens relevant sind. Nicht die WHO-Definition von Gesundheit steht hier als therapeutisches Ziel vor Augen, vielmehr richtet sie das Augenmerk auf das Kranksein, das den Menschen in den drei genannten Dimensionen seiner Existenz betrifft. Anthropologisch ist eine solche Medizin, indem sie grundlegende Selbsterfahrungen des Menschen als wesentlich für den *Umgang* von Arzt und Krankem achtet: seine Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Subjekthaftigkeit und Sozialität.

Die Kennzeichnung anthropologischer Medizin im genannten Sinne stützt sich nicht auf einen psychophysischen oder psychosomatischen *Kausalitätsbegriff*, ist aber offen für die möglichen Wechselbeziehungen, für die „Sowohl-als-auch-Erfahrung“, das Erleben leiblich-seelischer Betroffenheit des Kranken im Kranksein. Ihr Gegenstand ist ein *Objekt, das selbst ein Subjekt ist*, in seiner im Kranksein veränderten Selbst- und Beziehungserfahrung, seiner Kontingenz- und Zeitlichkeitserfahrung. Sie untersucht den Körper des Kranken, der sich selbst aber ambivalent leiblich berührt fühlt, wohl am deutlichsten in der gynäkologischen oder andrologischen Sprechstunde. Vielleicht ist es auch hier, dass die Kranke ihre / der Kranke seine leibliche An- und Hingewiesenheit auf einen Mitmenschen gefährdet sieht. Auch die Medizin der Wahrnehmungsorgane und

des am weitesten ausgedehnten Kommunikationsorgans, der Haut, kann den Blick für die soziale Dimension des Krankseins öffnen. Als zirkuläre Verstehensform im *Gestaltkreis*, als Umgang eines Subjekts mit einem Objekt-Subjekt stellt sie die naturwissenschaftliche Objektivität auf sehr bestimmte Weise in Frage.

Medizin als Wissenschaft stützt sich auf Naturwissenschaften und Technik: d.h. auf die für deren Methoden zugänglichen Aspekte des objektivierbaren Körpers, der Naturalität der Krankheit und des Kranken in systematischer Hinsicht. Hier gelten Gesetze der überindividuellen Verallgemeinerbarkeit, der *wissenschaftlichen Objektivität*. Als Humanwissenschaft nutzt sie auch Methoden und Ergebnisse der Psychologie, der Soziologie und der Epidemiologie. In keiner dieser Disziplinen *objektiver Wissenschaften* geht sie auf. Auch nicht deren Addition lässt den einzelnen Kranken als Person ansichtig werden, denn Medizin ist immer auch Handlungswissenschaft. Sie reflektiert und systematisiert das Handeln unter dem pragmatischen und dem ethischen Aspekt ihrer sachlichen und wertorientierten Begründung und Rechtfertigung.

Als klinische Wissenschaft zielt anthropologische Medizin jedoch auf den einzelnen Kranken in seiner biographischen Situation, auf ihn als aktives und passives Subjekt seines Krankseins, seine betroffene Leiblichkeit. Hier geht es um *klinische Objektivität*, die die individuelle Ausprägung der („Lehrbuch-“) Krankheit, die Gestaltung, das Erleben und Erleiden berücksichtigt; es geht mithin um die *pathische Existenz* in der *Schwebe* des Möglichen. Die der anthropologischen Medizin gemäße *ärztliche Grundhaltung* ist die der Durchdringung medizinischen Sachwissens und verantwortungsbewussten Wertwissens, von epistemischem und phronetischem Wissen - z. B. in der partizipativen Entscheidungsfindung bei medizinischer, ärztlicher Indikation.

S6.3 Skizze einer pathischen Urteilslehre

H. Wiedebach

Hermann Cohen-Archiv, Philosophischen Seminar, Universität Zürich

Was hier „pathisches Urteil“ heißt, steht in Bezug zu Viktor von Weizsäckers medizinphilosophischem Werk. Die Aufgabe eines solchen Urteils stellt sich angesichts eines anderen Menschen in Not, aber auch im Blick auf uns selbst. Die Not verlangt Beurteilung und ein Tun, um sie zu wenden. Pathisch Urteilen ist beides in Einheit. Es ist das Einsetzen einer notwendigen Ordnung, sei es in ärztlicher, richterlicher oder politischer Gestalt.

Die Reflexion des Pathischen beginnt 1) mit einer ontologischen Feststellung, 2) mit einem Eingeständnis aus allgemeiner Lebenserfahrung und 3) mit einem persönlichen Verzicht. —

1) Das Pathische ist Gegenstand unseres Fragens, aber kein Objekt. Die Frage erfasst, wer aus der Befangenheit seiner eigenen Lebensbewegung heraus und angesichts der Befangenheit anderer allemeint von deren Gesetzlichkeit zu sprechen beginnt. Dazu gehört 2) das Eingeständnis, dass der Mensch Mächten unterliegt, über die er nicht verfügt. Die damit verbundene Unsicherheit gilt es durchzuhalten. So folgt 3) der persönliche Verzicht darauf, den Mächten mit allgemeinen Begriffen über das Zuträgliche und Richtige entgegenzutreten. Namentlich diese zunächst nur negativ bestimmte Geste ist der Eintritt in die pathische Betrachtung. Zugleich führt sie, als Moment einer Entscheidung, an die Schwelle zum Tun.

Wie wird nun die Schwelle überschritten? Es handelt sich um einen teils negierenden, teils neu gründenden Umgang mit der Wirklichkeit. Er hängt davon ab, inwieweit es gelingt, in angemessen sprechender Weise, und sei es in Gesten oder therapeutischen Verrichtungen, mit uns und anderen umzugehen. An ein oder zwei Beispielen aus der Praxis sollen die Struktur dieses „sprechenden Verhaltens“ und die Möglichkeit, es auf Wahrheit hin zu prüfen, erörtert werden.

S6.4 Abhängigkeit statt Autonomie: Prämissen ethischen Handelns

C. Globig

Kirchliche Hochschule Wuppertal

Die Ethik Viktor von Weizsäckers kann durch das Gespräch mit einem korrespondierenden philosophischen Ansatz weiterführend diskutiert werden: Hans Jonas (1903-1993) formuliert die anthropologisch grundlegende Einsicht der *Abhängigkeit* jedes Menschen und stellt damit die Prämisse des Autonomieprinzips in der Ethik in Frage.

Initiierend für die Verantwortungsübernahme ist nach Jonas das „Seinsollen“, der Existenzanspruch eines schwächeren Gegenübers. Dieser Anspruch begründet die Pflicht zum Handeln: „Das erste ist das Seinsollen des Objekts, das zweite das Tunsollen des zur Sachwahrung berufenen Subjekts.“ (Jonas, *Das Prinzip Verantwortung*, 1984, 175).

Das bedeutet, recht radikal, dass der Handlungsimpuls primär als Reflex auf die Bedürfnisse eines anderen gedacht wird – er ist weniger einem allgemeinen Pflichtethos als vielmehr der intensiven *Wahrnehmung* meines Gegenübers geschuldet. Der jüdische Philosoph stellt dazu ein ungewöhnliches Paradigma auf: Er benennt die elterliche Fürsorge für das Neugeborene als erstes und maßgebendes Beispiel für zwischenmenschliche Verantwortung, insofern der Säugling Obhut und Pflege in einer absoluten Dringlichkeit einzufordern vermag, der sich niemand entziehen kann. Für Jonas konkretisiert sich in den Erfahrungen mit unmündigen Kindern auch eine weitere Prämisse seines Denkens: die der *begrenzten Zeit*. Zur Unbedingtheit des Fürsorgeauftrags gehört die Einsicht in die *Sterblichkeit* des Menschen und damit in die zeitliche Begrenztheit menschlichen Tuns. Wer einen anderen Menschen in der absoluten Bedürftigkeit wahrnimmt, erfährt zugleich die gefährdete Zeit, weil im Jetzt alles an Zuwendung möglich ist – und alles verloren sein kann. Diese prekäre Bedingtheit unseres Handelns ist mit Jonas auszuweiten auf die Fürsorgepflicht, die die bedrohte Natur uns auferlegt.

Die Schwierigkeiten der Ethik, eine solche Kritik am Autonomiebegriff zu verkräften, werden in der Auseinandersetzung der theologischen Ethiker Wolfgang Huber und Hans-Richard Reuter mit Jonas' Überlegungen besonders deutlich (Huber/Reuter, *Friedensethik*, 1990). Huber/Reuter setzen an bei der vertrauten Differenz zwischen Natur und sozialer Welt, universaler- und Nahbereichsethik. Sie insistieren für den öffentlichen Sektor auf Autonomie und Reziprozität, gekennzeichnet durch ein Spannungs- und Ausgleichsverhältnis zwischen tendenziell konkurrierenden Menschen. Huber/Reuter übersehen dabei Jonas' Angebot der Reziprozität im Sinne einer biografisch wechselnden Verantwortungsübernahme, in Akzeptanz dessen, dass Menschen stets Verantwortung tragen, aber doch, gleichzeitig, früher oder später, ihrerseits der Fürsorge bedürftig sind.

S7.1 „Soteria“ als Alternativkonzept zur institutionellen Akutpsychiatrie. Menschenbild und ethische Forderungen

J.P. Ernst

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

In der Psychiatrie spielen unterschiedliche Menschenbilder und ethische Fragestellungen seit jeher eine bedeutende Rolle für Diagnostik und Therapie. „Soteria“ (altgriechisch: „Rettung“ / „Geborgenheit“) wurde als alternatives Konzept zur Behandlung von Menschen mit akuten Psychosen in den 1970er Jahren in Kalifornien durch Mosher und Menn entwickelt. In deutlicher Abgrenzung zur institutionellen Psychiatrie geschah die Behandlung hier fast völlig ohne den Einsatz von Zwangsmaßnahmen und Psychopharmaka mittels psycho-, sozio- und milieuthapeutischer Ansätze in einer kleinen, offenen Wohngemeinschaft. Das Konzept wurde in der 1984 gegründeten „Soteria Bern“ übernommen und weiterentwickelt. In den letzten Jahren wurden Elemente des „Soteria“-Konzeptes – insbesondere der Verzicht auf geschlossene Türen, persönliche Begleitung, reizarme Umgebung und ein

ganzheitliches Menschenbild – auf zahlreichen psychiatrischen Akutstationen implementiert. Die anfänglich propagierte Forderung auf einen fast vollständigen Psychopharmaka-Verzicht wird heutzutage nicht mehr erhoben, deren Einsatz jedoch weiterhin kritisch hinterfragt.

Das Menschenbild der „Soteria“ ist ausgesprochen ganzheitlich, was an mehreren Stellen deutlich wird. Erstens ist das Krankheitskonzept umfassend „psycho-sozio-biologisch“: auch biographische und psychodynamische Faktoren werden mit in das Psychoseverständnis einbezogen, eines der Ziele ist, dass die Integration der psychotischen Krise in den Lebenslauf gelingt. Zweitens stehen in der Behandlung Psychopharmaka weit weniger im Vordergrund: die zeitgenössische „Soteria“ betont im Umgang mit Psychopharmaka das „Shared Decision Making“, während in der traditionellen Akutpsychiatrie ein eher paternalistisches Modell vorherrscht, in dem die Ablehnung von Medikamenten als Zeichen von Non-Compliance gilt. Drittens werden durch das „Soteria“-Setting die Erkrankung und Defizite weniger in den Vordergrund gestellt. Durch geringe Hierarchisierung zwischen Personal und Patienten sollen Ressourcen stärker angesprochen und durch eine geringere Regulierung mehr Autonomie ermöglicht werden. Somit wird in dem „Soteria“-Konzept der Mensch möglichst wenig als Träger von Symptomen, sondern als Teil einer Gesellschaft gesehen.

Eng verknüpft mit diesem ganzheitlichen Menschenbild sind zwei zentrale Punkte des „Soteria“-Konzeptes, die bedeutende psychiatrieethische Fragestellungen betreffen. Erstens werden im originalen „Soteria“-Konzept Zwangsmaßnahmen wie Zwangsunterbringung, Fixierung oder Zwangsbehandlung radikal abgelehnt und als nicht vereinbar mit dem zugrunde liegenden ganzheitlichen Menschenbild angesehen. Als „Preis“ für den Verzicht auf Zwangsmaßnahmen werden manche Patientengruppen von der „Soteria“-Behandlung ausgeschlossen, und bei nicht beherrschbarer Eigen- oder Fremdgefährdung

erfolgt eine Einweisung in eine traditionelle psychiatrische Abteilung. Zweitens sieht das „Soteria“-Konzept insbesondere in der Akutphase der Behandlung eine intensive Begleitung des Patienten vor, oft anfänglich durch kontinuierliche 1:1-Betreuung. Dies erfordert im Vergleich zur traditionellen Akutbehandlung von Psychosen zwar einen hohen Aufwand an Personal und Organisation, berücksichtigt aber in einer Phase, in der die Betroffenen häufig große Ängste erleben, in besonderer Weise das Benefizienz-Prinzip. Außerdem sollen dadurch – in Kombination mit dem reizarmen Setting – Angst- und Frustrationszustände und dadurch aggressive Verhaltensweisen verhindert werden.

Zusammenfassend kann das „Soteria“-Konzept – auch durch sein besonders ganzheitliches Menschenbild – als Bereicherung in der Behandlung akuter Psychosen angesehen werden, dessen weitere Evaluation, insbesondere mit Hinblick auf eine Erweiterung auf andere Krankheitsbilder, lohnenswert ist und gefördert werden sollte.

S7.2 Von Ratsuchenden und Patienten. Menschenbilder in der genetischen Diagnostik

D. Schmitz

Ethics Institute, Utrecht University

Einführung: Der aktuell vorliegende Referentenentwurf eines Gendiagnostikgesetzes fordert, dass sowohl bei prädiktiver wie auch bei pränataler genetischer Diagnostik (inklusive der vorgeburtlichen Risikoabschätzung) ein Facharzt für Humangenetik oder ein Arzt, der sich anderweitig im Rahmen seiner Weiterbildung hierfür qualifiziert hat, die Beratungen vor und nach der Diagnostik durchführen soll. Diese Maßgabe hat zu einer grundsätzlichen Diskussion über die Sinnhaftigkeit eines Facharztvorbehaltes geführt und wird nun von zwei verschiedenen Seiten kritisiert. Während Humangenetiker durch den Zusatz der „anderweitigen Qualifikation“ ihre Ansprüche in Gefahr sehen, kritisieren Ärzte anderer Fachrichtungen und hier insbeson-

dere Gynäkologen die Anforderungen als unrealistisch und überhöht.

Fragestellung: Der vorliegende Beitrag fragt nach der - über die rein wissenschaftliche Qualifikation hinausgehenden - Bedeutung der ärztlichen Fachzugehörigkeit für genetische Beratungen und nimmt zu diesem Zweck die Krankheitsbegriffe und Menschenbilder der verschiedenen klinischen Disziplinen im Umgang mit genetischer Diagnostik und Beratung in den Blick. Es soll die Frage gestellt werden, ob und wenn ja, in welchen Punkten das Menschenbild der ärztlichen Humangenetiker sich grundsätzlich von dem anderer ärztlicher Kollegen unterscheidet und welche Konsequenzen unter Umständen aus diesem Befund zu ziehen sind.

Methodik: Exemplarisch sollen für einige Bereiche der genetischen Diagnostik die in der noch vergleichsweise jungen Profession der Humangenetik bzw. in anderen klinischen Fachdisziplinen vorherrschenden Menschenbilder aus der wissenschaftlichen Literatur sowie aus entsprechenden Stellungnahmen, Leitlinien und Empfehlungen rekonstruiert werden. Hierbei sind insbesondere folgende Fragen zu beantworten: Welche anthropologischen Annahmen konstituieren heute die ärztliche Sicht auf Patienten bzw. Ratsuchenden in der Humangenetik? Welcher Krankheitsbegriff ist vorherrschend, wie wirkt dieser sich auf das jeweilige ärztliche Rollenverständnis aus? Lassen sich in diesen Punkten relevante Unterschiede im Vergleich zu anderen klinischen Disziplinen feststellen? Und schließlich: Ergeben sich aus dem Befund Konsequenzen für den moralisch richtigen Umgang mit genetischen Beratungen?

Ergebnisse: Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die humangenetische Sicht auf den Patienten bzw. auf den von einer genetischen Auffälligkeit Betroffenen sich in mehrfacher Hinsicht von der anderer klinischer Disziplinen unterscheidet, was zumindest teilweise einem anderen Krankheits- und in der Folge einem anderen ärztlichen Rollenverständnis geschuldet sein dürfte. So nehmen Humangeneti-

ker ihre Patienten heute vor allem als Ratsuchende in schwierigen Entscheidungssituationen und weniger als zu behandelnde Patienten wahr, worin sich die starke, gelegentlich einseitige Betonung des Autonomiegedankens in der Humangenetik widerspiegelt. Genetische Auffälligkeiten werden nicht notwendigerweise in einen Bezug zu Krankheit gesetzt, was sie auch aus den normativen Aspekten des Begriffes im Sinne eines Handlungs- und Veränderungsbedarfes entlässt. Derartige Gewichtungsunterschiede im Hinblick auf anthropologische Konstituenten lassen die gegenwärtige Diskussion um den Facharztvorbehalt in einem neuen Licht erscheinen und geben ihr eine - über die Sicherung der jeweiligen Pfründe hinausreichende - ethische Relevanz.

S7.3 Healthcare Professional als Menschenbild

J. Wallner

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Einleitung: Angesichts ihrer oftmals subtilen Wirkungsweisen in der Praxis ist die Auseinandersetzung mit Menschenbildern für die Medizinethik unerlässlich. Menschenbilder dienen als Interpretationsfolien, beeinflussen so unsere Denkweise und damit letztlich auch unser Handeln. Daher ist eine erhöhte Sensibilität für sie in Medizin und Ethik angezeigt und wird die Thematik immer öfter zu Recht auf die Agenda gesetzt.

Im Zentrum stehen dabei meist anthropologische Konzepte, die den (potenziellen) Patienten betreffen. So wichtig dies ist, gilt es Folgendes zu bedenken: Menschenbilder wirken auch in Bezug auf jene, die anderen beruflich medizinische Hilfe leisten. Nicht selten wird dieser Part vernachlässigt, was jedoch zu konzeptuellen Defiziten und praktischen Problemen führt.

Aus diesem Grund widmet sich die hier vorgeschlagene Präsentation folgender Frage: Welche Menschenbilder bestimmen unsere Sichtweisen von Medizinerinnen und Medizinern?

Es wird argumentiert, dass das Bild eines ‚Healthcare Professional‘ im Vergleich zu den häufig implizit zugrunde liegenden Bildern eines ‚Barmherzigen Samariters‘ oder eines ‚Homo oeconomicus‘ das tauglichere anthropologische Konzept für den klinischen Alltag ist.

Überblick: In einem ersten, grundlegenden Schritt wird ‚Menschenbild‘ als komplexes Deutungsmuster mit drei unterschiedlichen Perspektiven ausgewiesen: als umfassend erschöpfende Grundannahme über das Menschsein, als theoretisches Modell für eine klar umgrenzte Fragestellung und als heuristisches Instrument für die Praxis. Daran anschließend wird die Relevanz eines solchen Deutungsmusters für zentrale Themen der Medizinethik aufgezeigt. Dabei wird klar, dass Menschenbilder unweigerlich auch in Bezug auf jene wirken, die medizinisch tätig sind.

Um dies zu verdeutlichen, werden die drei Menschenbilder eines ‚Barmherzigen Samariters‘, eines ‚Homo oeconomicus‘ und eines ‚Healthcare Professional‘ anhand folgender einheitlicher Kriterien verglichen: Perspektive des Menschenbilds, Charakteristik, Motto, medizinethische Relevanz, idealtypische Protagonisten, Kritik.

Der Vergleich führt letztlich zu folgenden Schlüssen: (1.) Welche Menschenbilder wir von jenen haben, die beruflich medizinisch tätig sind, beeinflusst die Art und Weise, wie Menschen medizinische Hilfe erfahren und wie unsere Gesundheitssysteme aussehen. (2.) Die Bilder eines ‚Barmherzigen Samariters‘ und eines ‚Homo oeconomicus‘ sind – zumindest implizit – weit verbreitet. Beide haben Aussagekraft, die jedoch primär beim Ausloten von Grenzbereichen zum Tragen kommt. (3.) Das Bild des ‚Healthcare Professional‘ ist hingegen ein tragfähiges heuristisches Instrument, um Patienten, Medizinern und dem Gesundheitssystem in der Alltagspraxis gerecht zu werden.

Weiterführende Diskussionspunkte betreffen die Notwendigkeiten, den Professionalismus-Gedanken kritisch weiter zu denken und eine verstärkte Aufmerksamkeit auf den institutionellen (d.h. organisatorischen

und gesellschaftlichen) Kontext des Healthcare-Professional-Menschenbildes zu lenken.

S8.1 Ewig fit und jung im Alter - zum Menschenbild in der Anti-Aging-Medizin

T. Eichinger

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

Mit der Gründung der *American Academy of Anti-Aging Medicine* im Jahr 1993 trat eine medizinische Spezialdisziplin erstmals in Erscheinung, die seitdem eine außergewöhnliche Verbreitung und Popularität erlangt, daneben aber auch für erhebliche Kontroversen und erbitterte Debatten gesorgt hat - die sog. "Anti-Aging-Medizin". Dabei finden sich unter dem umstrittenen Begriff der medizinischen "Altersgegnerschaft" äußerst unterschiedliche Ansätze und Absichten, die mit den verschiedensten Techniken und Praktiken verfolgt werden.

Die öffentliche Aufmerksamkeit sowie interne Entwicklungsdynamik dieses neuen medizinischen Feldes deuten darauf hin, dass die Ziele und Versprechungen der Anti-Aging-Medizin ein weitverbreitetes und tiefes menschliches Bedürfnis ansprechen: den Wunsch nach ewiger Jugend (in mehr oder weniger expliziter Weise). Diesem Grundbedürfnis korrespondiert das Menschenbild eines dauerhaft jugendlichen Menschen. Wesentliches Element ist hier zunächst eine einseitig reduktionistische Auffassung, die körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit zum maßgeblichen Kriterium von Gesundheit und Lebensqualität im Alter macht und damit eine eindeutig defizitäre Alterssicht etabliert.

Doch zeigt sich bei näherer Betrachtung der einschlägigen Fachliteratur sowie der Diskussionen über die Legitimation von Anti-Aging als medizinisches Angebot, dass die Bestimmung ‚des‘ Menschenbildes der Anti-Aging-Medizin durch das Defizitmodell des Alters zu kurz greift. Denn so breit das Spektrum an Zielsetzungen und Methoden ist, das die Anti-Aging-Me-

dizin verfolgt, so vielschichtig ist auch das Menschenbild, das ihr zugrunde liegt und ihre Praxis leitet.

Eine Analyse der maßgeblichen Aspekte dieses Menschenbildes kann, so die These und Absicht dieses Beitrags, zu einer differenzierteren Darstellung führen und damit zu einer angemessenen ethischen Einschätzung der Anti-Aging-Medizin beitragen.

Neben der allgemeinen Betonung des Jugendlichkeits- und Fitnessideals ist die Anti-Aging-Medizin in ihrer konkreten Adressierung zum einen stark geprägt von der Vorstellung des autonom handelnden Individuums, das die Idee gesundheitlicher Selbstverantwortung ernst nimmt und selbst bestimmt, wie alt und wie es alt werden will. Diese Selbstbestimmung ist zum anderen aber eingebettet in eine deutliche Ermahnung zu ‚medizinischer Vernunft‘ und durchweg getragen von einem ‚Imperativ der Vorsorge‘. Hinzu kommt noch der Anspruch, dass die richtige Anwendung und Ausführung effektiver Altersverzögerung nicht vom medizinischen Laien bewältigt werden kann, sondern dieser in seinem Anti-Aging-Streben angewiesen ist auf Hilfe bzw. zumindest Unterstützung durch Experten. Indem eine Kombination unterschiedlicher Interventionen und Behandlungsmethoden wie Hormonersatztherapien, der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln oder Veränderungen des Lebensstils, jeweils im Rahmen eines individuell zugeschnittenen Therapieplans (inkl. Anamnese, DNA-Analyse etc.) zur Anwendung kommen soll, wird die spezifische Kompetenz des Anti-Aging-Mediziners unentbehrlich. Diese Notwendigkeit medizinischer Autorität und ärztlichen Könnens schränkt den Handlungsspielraum des selbstbestimmten Klienten – ganz im Sinne der einschlägigen Anti-Aging-Angebote – ein. Dies führt dazu, dass sich paradoxerweise gerade im Rahmen des betont auf Eigenverantwortlichkeit und Selbstfürsorge abstellenden Anti-Aging-Konzeptes versteckt paternalistische Züge ausmachen lassen.

Somit erscheint das Menschenbild der Anti-Aging-Medizin (1) im Kern auf das

Ideal vom Menschen als Träger eines dauerhaft funktionstüchtigen und leistungsstarken Körpers bezogen, dabei (2) als Wiederbelebung eines mechanistisch-somatischen Menschenbildes, außerdem (3) flankiert von Tendenzen, den Menschen in seiner individuellen und ganzheitlichen Lebenssituation zu sehen. In dieser skizzierten Mehrdimensionalität des Menschenbildes lassen sich nun die zentralen Argumentationslinien der (medizin-)ethischen Debatten über Wesen und Stellenwert der Anti-Aging-Medizin abbilden.

S8.2 Was die Toten über die Lebenden verraten. Über die Manifestation von Menschenbildern jenseits von Leben und Tod

J. Glahn

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

Menschenbilder im 21. Jahrhundert sind geprägt von Ambivalenzen. Individualisierungs- und Säkularisierungsprozesse sowie die Entwicklung neuer Technologien haben zu zunehmend pluralisierten Vorstellungen dessen geführt, was der Mensch ist und was er sein soll. Vor allem die zunehmende Verfügbarkeit seiner Natur und Kultur fordern eine Neubestimmung des menschlichen Selbstverständnisses geradezu heraus. Während sich die meisten Beschreibungs- und Begründungsversuche eines aktuellen Menschenbildes auf den lebenden Menschen, seine Gestalt, sein Denken und Handeln beziehen, möchte dieser Beitrag die Perspektive verschieben. Anstatt den Blick auf die Lebenden zu richten, sollen die Toten und der gesellschaftliche – und insbesondere medizinische – Umgang mit der menschlichen Leiche ins Zentrum der Betrachtung gerückt und damit eine bisher vernachlässigte medizinethische Reflexion geleistet werden. Ausgegangen wird hierbei von der These, dass sich besonders im Umgang mit menschlichen Leichen das Menschenbild manifestiert, das aktuell in der betreffenden Gesellschaft vorherrscht. Es ist das Moment des Verschwindens des Menschlichen, das seine Vulnerabilität und Endlichkeit zum

Ausdruck bringt und in dem darüber hinaus durch die phänomenale Präsenz des sich in der Auflösung begriffenen menschlichen Körpers und in dem Umgang, den die Hinterbliebenen mit ihm pflegen, das Menschliche selbst manifestiert. Was den Menschen ausmacht, ihn definiert und von anderen Lebewesen unterscheidet, und so seinen besonderen Status rechtfertigen kann, zeigt sich eben nicht nur im lebenden Menschen selbst, sondern besonders an dem Ort, an dem das Menschliche eigentlich im Entschwinden begriffen ist. Der selbst handlungsunfähige Tote fordert durch seine gleichzeitige Abwesenheit und Anwesenheit von den Betroffenen immer ein aktives Verhalten. Der Umgang mit Leichen manifestiert und reflektiert also gleichzeitig den Umgang mit lebenden Menschen. Aspekte wie Würde und Demütigung, Respekt und Gleichgültigkeit, Ehre und Verachtung spielen in diesem asymmetrischen Handlungsgeflecht eine wichtige Rolle. Diese Aspekte dienen als Indikatoren für den Umgang, den eine Gesellschaft/Gemeinschaft mit ihren Verstorbenen pflegt und wirken daher als Matrix für die Konstitution, Reflexion und ggf. Neubestimmung des Menschenbildes der Lebenden. Dabei sind es vor allem die Extremsituationen des Umgangs mit Toten, die durch ihre häufig polarisierende Wirkung in der Öffentlichkeit Diskussionen darüber anstoßen, wie Tote angemessen behandelt werden sollten. Dadurch werden sie zur Spiegelfläche des menschlichen Umgangs miteinander. So stieß zum Beispiel der bisher einzige Fall von Kannibalismus in Deutschland eine Diskussion nicht nur darüber an, ob das (auf gegenseitigem Einverständnis beruhende) Schlachten und teilweise Verspeisen eines Menschen ethisch vertretbar ist, sondern auch, was es über Menschen aussagt, die solche Wünsche hegen und realisieren und über eine Gesellschaft, in der so etwas befürwortet oder missbilligt wird. Aber auch im medizinischen Kontext häufiger auftretende Themen wie die zunehmende Sektionsmüdigkeit oder der Handel mit menschlichen Leichenteilen werden kon-

trovers beurteilt und verdeutlichen die Notwendigkeit einer ethischen Analyse. Diese medizinethische Reflexion über die Menschenbilder bezieht deswegen nicht nur die unterschiedlichen Formen des Umgangs mit Toten ein, sondern untersucht außerdem die jeweilige Diskussion und Bewertung derselben. So will diese ethische Metareflexion einen Beitrag leisten, die auf praktischer Ebene in den medizinethischen Debatten auftretenden Kontroversen zu klären.

S8.3 Ist der Transhumanismus ein Antihumanismus?

N. Walz

Lehrstuhl für Philosophie, Universität Erlangen-Nürnberg

Der Transhumanismus beabsichtigt durch Verschmelzung der Bio- und Technosphäre die Anfälligkeit der organischen, kohlenstoffbasierten Materie zu überwinden. Der natürliche Körper gilt ihm nicht als unantastbares Gegebenes, sondern vielmehr als etwas Aufzuhebendes; durch den Einsatz diverser, erst noch zu realisierender, Technologien soll eine Veränderung der menschlichen Spezies im Hinblick auf eine Verbesserung ihres biologischen Substrats bis hin zur Transformation der Natur in eine Cybermatrix angestrebt werden.

Der Transhumanismus war heftiger Kritik ausgesetzt. Man hielt ihn für eine Reaktivierung des Übermenschens-Ideals, das zu einer irreversiblen Vernichtung der menschlichen Gattung führen könnte (Antihumanismus). Andererseits wurde er enthusiastisch begrüßt, da er den utopischen Traum der Menschheit nach Perfektion und Unsterblichkeit auf ein technologisch begründbares Fundament stellte. Dabei spiegelt der Transhumanismus einerseits den technologischen Möglichkeitshorizont der nahen Zukunft wider, andererseits die Gegenwartssituation einer „reflexiven Moderne“ (Giddens), der nahezu jeder Lebensbereich (z.B. Beruf, Partnerwahl) unter die Kriterien des Wählens und Aushandelns geraten und der eigene Körper enttraditionalisiert zu einem „Rohstoff“,

den man nach Belieben verändern kann (body modification).

Diese „reflexive“ Haltung aller entscheidenden Lebensbereiche verändert auch die angestammten Menschenbilder. Das für den abendländischen Kulturkreis primär bestimmende jüdisch-christliche Menschenbild, ist gekennzeichnet durch eine *Gottesabhängigkeit*. Da der Mensch von Gott geschaffen wurde, ist er von ihm abhängig, denn Gott ist der „Herr über Leben und Tod“. Er bildet für dieses Menschenbild eine absolute *Grenze* des menschlichen Daseins, die der Mensch nicht übertreten darf. Bei Schmerzen und Krankheiten kann der Mensch zum Heiler gehen, aber nicht die von Gott vorgegebenen Grenzen des Lebens/Todes missachten.

Das humanistische Menschenbild, im Renaissance-Humanismus entstanden, stärkt das menschliche Selbstbewusstsein. Es bilden sich Verständnisse des Menschen, die weniger die Abhängigkeit von Gott als vielmehr den Menschen selbst als Zielpunkt der Schöpfung betonen. Das humanistische Menschenbild löst jedoch nicht das jüdisch-christliche vollends ab, da es sich nur um Akzentverschiebungen innerhalb einer vorausgesetzten Existenz Gottes handelt; in den vorgegebenen Grenzen ist es möglich das Los der Menschen stetig zu verbessern.

Mit dem Erstarken der Menschlichkeitsidee kommt jedoch eine Dynamik in Gang, die letztlich zur Kritik am traditionellen religiösen und humanistischen Menschenbild gerät. Der exponentielle Zuwachs an wissenschaftlichem Wissen höhlt die dogmatischen Versicherungen der Religion innerlich aus. Im Zuge der westlichen Säkularisierung gerät der Körper von einem mit seinen Mängeln zu akzeptierenden göttlichen „Geschenk“, zu einem kritikablen Objekt. Das Menschenbild dieser unter die Verfügung des Menschen gestellten Bio- bzw. Körperpolitik ist das eines unter seinem Körper *leidenden* Menschen (Schmerz, Krankheit/Behinderung, Entstellung, Verfall, Tod). Es hat sich von seinen „göttlichen“ Grenzziehungen emanzipiert und kann stärker als das humanisti-

sche Menschenbild explizit Leiden am gottesunabhängigen Körper festmachen, der jetzt selbst in Frage gestellt wird. Dieser Prozess ist nicht nur, wie in der Diskussion üblich, negativ, sondern auch positiv zu fassen im Sinne einer weitergehenden Leidvermeidung (fundamentaler Pathozentrismus).

Da der Transhumanismus als Körperpolitik den Humanismus radikalierend fortführt ist er kein Antihumanismus. Seine Grenzüberschreitungen sind Ausdruck der „reflexiven Moderne“, wie auch Ausdruck eines generalisierten Leidens des Menschen an seinem Körper, das aufgehoben werden will.