

Über die Moralisierung der Bioethik-Debatte und ihre gesellschaftlichen Ursachen: das Beispiel des Stammzelldiskurses in Deutschland

Manzei, Alexandra

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Manzei, A. (2005). Über die Moralisierung der Bioethik-Debatte und ihre gesellschaftlichen Ursachen: das Beispiel des Stammzelldiskurses in Deutschland. In W. Bender, C. Hauskeller, & A. Manzei (Hrsg.), *Grenzüberschreitungen: kulturelle, religiöse und politische Differenzen im Kontext der Stammzellenforschung weltweit* (S. 77-99). Münster: agenda Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-311279>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Über die Moralisierung der Bioethik-Debatte und ihre gesellschaftlichen Ursachen. Das Beispiel des Stammzelldiskurses in Deutschland

Alexandra Manzei

Kurzfassung. Im folgenden Beitrag wird die Frage gestellt, warum die vielfältigen normativen Fragen, die durch die Biomedizin aufgeworfen werden, in der Ethik-Debatte hauptsächlich unter moralischen Gesichtspunkten thematisiert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die diskursive Dominanz moralischer Argumentationen – die hier als *Moralisierung* bezeichnet wird – nicht von selbst erklärt, sondern erst im Kontext der gesellschaftlichen Verhältnisse zu verstehen ist, in denen Biotechnologie entwickelt und angewendet wird. In einem historischen Rückblick wird zunächst gezeigt, dass die *Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Arbeitsteilung* und die *Individualisierung von Verantwortung* als Grundzüge der industriellen Moderne verstanden werden müssen, die das Verhältnis von Technologieentwicklung und Moral in besonderer Weise prägen. In einem weiteren Schritt werden dann die gesellschaftlichen Verhältnisse analysiert, innerhalb derer sich biomedizinische Technologien, wie die Stammzellforschung, heute entwickeln. Hier zeigt sich, dass die Internationalisierung medizinischer Forschung und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zentrale Rollen spielen, um die Dominanz moralischer Fragen in der Bioethik-Debatte zu verstehen. Nach einer Klärung der häufig synonym verwendeten Begriffe Ethik und Moral wird zuletzt ein Blick auf die Stammzell-Debatte in Deutschland geworfen, um zu zeigen, wo trotz der Moralisierung der Diskussion moralische Defizite liegen und welche Rolle der „Eigensinn der Moral“ zu ihrer Lösung spielen kann.

Abstract. The bioethic debate on stem cell research and other biomedical therapies is dominated by moral arguments. Although it is quite obvious that biomedical technologies raise moral questions, it is not self-evident why the multiple normative problems posed by biomedicine are mostly reduced to their moral level. This paper argues that the discursive dominance of moral arguments – called *moralization* in this context – cannot be understood without considering the societal conditions in which biomedical technologies are developed and used. Therefore, in a first step, the structure of modern industrial society is analyzed. Two processes are identified that shape the relation of biotechnical development and moral questions: the division of labour on the one hand and the individualization of responsibility on the other. In today's societies, these processes manifest themselves in the technical and economical globalization and in the privatization of health risks. At last the paper analyzes the meaning of these processes for the dominance of moral arguments in the bioethic debate today and shows that despite the moralization there exist moral deficits which can probably be solved by resorting to the so called “Eigensinn der Moral”.

1. Die Moralisierung sozialer Probleme

Die Diskussion um die Stammzellforschung weist – nicht nur in Deutschland – eine spezifische Argumentationsstruktur auf: Sie wird hauptsächlich unter *moralischen* Gesichtspunkten geführt. Darin ähnelt sie jenen Debatten um die Möglichkeiten und Grenzen der Biomedizin, die ihr vorausgingen und auf denen sie gründet, wie den Diskussionen um die Reproduktions- und Transplantationsmedizin. Zentrales Thema im Stammzelldiskurs sind Fragen des Embryonenschutzes und der Menschenwürde: Wann die Würde menschlichen Lebens beginne und was folglich der moralische Status „des Embryos“ sei, wird gefragt, um diesen Status dann der Würde jener Kranken gegenüber zu stellen, die potenziell von der Stammzellforschung profitieren könnten.¹ Auf diese Weise wird ein moralisches Dilemma konstruiert, das auf einer abstrakten Ebene die Würde verschiedener menschlicher Wesen einander vergleichend und wertend gegenüberstellt. In ihrer Grundstruktur ähnelt diese Gegenüberstellung jener Frage, die Mitte der 1990er Jahre die Diskussion um die Transplantationsmedizin dominierte. „Spenden oder nicht spenden“, hieß dort das moralische Dilemma: Wann das menschliche Leben und mit ihm seine Würde zu Ende sei, wurde gefragt, um den moralischen Status hirntoter Patienten den Bedürfnissen jener Kranken gegenüber zu stellen, deren Leben und Gesundheit von einer Organspende abhängen.²

Probleme der Biomedizin als moralische Fragen zu thematisieren, erscheint nun auf den ersten Blick auch der Sache angemessen, wird doch der Alltag und die Lebenswelt der Individuen durch die Biotechnisierung der Medizin tiefgreifend verändert: Indem die tatsächlichen Auswirkungen der Biotechnik die Grenzen der Medizin weit überschreiten, indem sie gewohnte und geteilte Vorstellungen über Anfang und Ende des Lebens, über Körper und Krankheit verändern und soziale Beziehungen neu strukturieren, werden Fragen der Gerechtigkeit und des guten Lebens aufgeworfen. Welche Eingriffe in den Körper wollen wir? Welche Therapien sollen wem und in welchem Maße zukommen? Welche Tauschbeziehungen sollen erlaubt sein, welche Finanzierung ist möglich?³ In diesem Sinne erwachsen gerade aus der Macht- und Eingriffskompetenz, die die biotechnische Medizin gegenüber allen Bereichen des Lebens besitzt, tatsächlich gesellschaftlich bedeutsame normative Fragen – rechtliche und politische ebenso, wie ethische und ästhetische.⁴

¹ Vgl. dazu den Sammelband von Geyer Hg. 2001, zu den Defiziten der Debatte um die Stammzellforschung vgl. Haker in diesem Band sowie Hauskeller Hg. 2002, Manzei 2003b.

² Vgl. dazu den Sammelband von Hoff/In der Schmitt 1994, sowie zu den Defiziten der Debatte um Hirntod und Organspende Manzei 1997, 2003, Lindemann 2001, Schneider 1999.

³ Vgl. zur Veränderung sozialer, familiärer und Verwandtschaftsbeziehungen Decker/Winter 2005, Kalitzkus 2005, Hauser-Schäublin u.a. 2001.

⁴ Vgl. hierzu auch Gamm 2000a, 261.

In den öffentlichen Debatten werden diese vielschichtigen normativen Fragen jedoch weitgehend auf ihre moralische Dimension reduziert und in Form eines abstrakten Dilemmas rekonstruiert. Diese *Moralisierung der Debatte* ist erklärungsbedürftig, werden doch die gesellschaftlich bedeutsamen Probleme der Biomedizin dadurch schließlich keineswegs gelöst. Im Gegenteil: Selbst dann nämlich, wenn es gelänge, mit Hilfe der Stammzellforschung (und anderen Techniken⁵) unbegrenzte Mengen an individuell „kompatiblen“ Organen technologisch herzustellen – was in der Forschung selbst noch keineswegs als sicher gilt⁶ –, blieben bedeutsame soziale Folgeprobleme der Biomedizin letztlich ungelöst. Die heute so zentral erscheinenden moralischen Dilemmata hätten sich dann zwar aufgelöst, insofern sich die Würde von Embryonen oder Hirntoten nicht mehr der Würde Kranker und Bedürftiger gegenüberstellen ließe. Andere weitreichende Fragen, die mit der Biotechnisierung der Medizin aufgeworfen werden, blieben jedoch unbeantwortet:

Wie viele Organe soll ein einzelner Mensch nach welchen Kriterien erhalten? Angesichts bereits heute steigender Re-Transplantationsraten im Bereich der Nieren- und Herztransplantationen keine unberechtigte Frage.⁷ Soll es beispielsweise Altersgrenzen für Transplantationen geben – am Anfang wie am Ende des Lebens – und wer legt diese fest? Sollen hier nur medizinische Kriterien oder auch individuelle Kompetenzen, soziales Verhalten, nationale Zugehörigkeit oder ökonomische Kaufkraft eine Rolle spielen? Über diese ethischen Fragen im engeren Sinne hinaus bleiben auch jene Gerechtigkeitsprobleme bestehen, die mit dem kurativen, organzentrierten Charakter der Biomedizin selbst verbunden sind: Ist es überhaupt gesellschaftlich sinnvoll, mit hohem finanziellen und strukturellen Aufwand eine Medizin zu fördern, die erst einsetzt, wenn Krankheiten bereits aufgetreten sind, während gleichzeitig Präventionsmaßnahmen gekürzt und Lebens- und Arbeitsbedingungen verschlechtert werden? Und nicht zuletzt wirft die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung der Medizin normative Fragen auf: Werden mit dem Umbau des Gesundheitswesens nach marktwirtschaftlichen Kriterien nicht gerade jene Probleme erzeugt, die man zu lösen vorgibt?⁸

⁵ Neue Technologien der Biomedizin werden in der Öffentlichkeit zumeist als einzelne diskutiert, obwohl bspw. die Forschungen zur sog. *Regenerativen Medizin* interdisziplinär angelegt sind und biotechnologische Verfahren ebenso wie konventionelle medizinische Techniken umfassen. Ein isolierter Blick auf einzelne Technologien wird somit dieser vernetzten Struktur der Biomedizin nicht gerecht.

⁶ Vgl. dazu Brüstle 2003, Minuth u.a. 2002.

⁷ Eine Frage, die auch durch die sich ausweitende Praxis der Lebendspende nicht gelöst, sondern verschärft würde. Vgl. zur stetig steigenden Re-Transplantationsrate beispielsweise bei Nieren: <http://www.eurotransplant.nl>

⁸ Vgl. hierzu Stegmüller 1996, Gerlinger 2003. Wie der Zusammengang von Armut und Privatisierung global zu verstehen ist, beschreibt in diesem Band u.a. Wulf.

Es sind solche gesellschaftlich bedeutsamen Fragen, die den Bioethik-Debatten der letzten 20 Jahre in Deutschland durchgängig zugrunde liegen. Fragen, die selbst dann unbeantwortet bleiben, wenn die abstrakten moralischen Dilemmata in juristische Regelungen überführt und zeitweilig gelöst werden können, wie im Embryonenschutzgesetz (1990), im Transplantationsgesetz (1997) oder im Stammzellgesetz (2002). Vor diesem Hintergrund ist es erklärungsbedürftig, warum moralische Argumente im öffentlichen Diskurs eine solche Dominanz gewinnen, obwohl sie die gesellschaftlich bedeutsamen Probleme gerade nicht thematisieren. Diesem Problem möchte ich im Folgenden nachgehen und die Frage stellen, wie sich die Moralisierung der biomedizinischen Ethik-Debatte am Ende des 20. Jahrhunderts erklären lässt: Was sind die Gründe für die diskursive Dominanz abstrakter moralischer Dilemmata in der öffentlichen Diskussion? Dabei geht es mir, das möchte ich ausdrücklich betonen, *nicht* darum, moralische Argumente grundsätzlich zu diskreditieren oder als unwichtig zu erachten. Moralische Fragen, beispielsweise zu Embryonenschutz und Menschenwürde, haben – nicht nur in Deutschland – ihre historische und (geschlechter-)politische Berechtigung.⁹ Mir geht es hier um die diskursive Dominanz abstrakter moralischer Argumentationen, die ich als Moralisierung bezeichne.

Eine Erklärung nun, die die Moralisierung der Debatte – wie es zumeist geschieht – allein auf die Auswirkungen der Technik selbst zurückführen würde, wäre verkürzt. Eine solche Argumentation säße einem Technikdeterminismus auf, der die biotechnologische Medizin losgelöst von den sozialen Verhältnissen und kulturellen Praxen betrachtet, innerhalb derer sie entwickelt und angewendet wird. Biotechnologische Forschung und Anwendung muss jedoch als sozio-technisches System verstanden werden, das international und Disziplinen übergreifend organisiert ist, dessen Produkte industriell hergestellt und unter Wettbewerbsbedingungen global vermarktet werden. Damit dies überhaupt erfolgreich geschehen kann, bedarf es juristischer und staatlicher Regelungen, wie des Patentrechts oder des Schutzes des Privateigentums, sowie einer rechtlichen Regulierung der Forschung selbst.

Darüber hinaus setzen biomedizinische Verfahren, wie die Stammzellforschung, aber auch die Gentherapie oder die Transplantationsmedizin, ganz bestimmte gesellschaftliche Strukturen voraus, innerhalb derer sie überhaupt erst entstehen und ohne die sie nicht angewendet werden können: Ohne eine hoch entwickelte soziale Infrastruktur, wie eine zuverlässige Strom- und Wasserversorgung, ein funktionierendes öffentliches Transport- und Kommunikationswesen, und ohne ein stabiles Gesundheitswesen, das optimale hygienische Bedingungen sowie gut ausgebildetes wissenschaftliches, medizinisches und pflegerisches Personal bereitstellt, können aufwendige biomedizinische Therapien weder entwickelt noch sinnvoll angewendet werden;

⁹ Vgl. dazu auch die Einleitung von Manzei in diesem Band.

PatientInnen und ihre Angehörigen können nicht betreut und Produkte nicht vertrieben werden.

Deshalb können die Möglichkeiten und Grenzen der biotechnologischen Medizin nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Verhältnissen betrachtet werden, innerhalb derer sie entstehen, und deshalb muss auch die Frage nach der Moralisierung im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Technik und Moral eine Antwort suchen. Um also erklären zu können, warum moralische Fragen in der Bioethik-Debatte Dominanz gewinnen, obwohl sie die gesellschaftlich bedeutsamen Probleme nur bedingt lösen, ist es notwendig, die spezifische Gesellschaftsstruktur moderner Industriegesellschaften in den Blick zu nehmen und die ambivalente Rolle zu beleuchten, die Moral innerhalb dieser Gesellschaften einnimmt.

In diesem Sinne möchte ich im folgenden Abschnitt (2) zunächst in einem historischen Rückblick einige Grundzüge der industriellen Moderne skizzieren anhand derer sich verdeutlichen lässt, warum allgemein verbindliche ontologische Gewissheiten an Bedeutung verlieren und weshalb sich dieser Verlust in der Öffentlichkeit als drängender Bedarf an einer „nachmetaphysischen Ethik“ (Gerhard Gamm) äußert. In einem weiteren Schritt (3) werde ich noch einmal gesondert die gesellschaftlichen Verhältnisse am Ende des 20sten und am Beginn des 21sten Jahrhunderts betrachten, innerhalb derer sich biomedizinische Technologien, wie die Stammzellforschung, entwickeln. Hier wird sich zeigen, dass die Internationalisierung medizinischer Forschung und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zentrale Rollen spielen, um die Dominanz moralischer Fragen in der Bioethik-Debatte zu verstehen. Danach möchte ich dann (4) einen theoretischen Blick auf die Bestimmungen von Ethik und Moral werfen. Eine Klärung dieser alltagssprachlich häufig synonym verwendeten Begriffe bildet die Voraussetzung, um zwischen Moral und Moralisierung unterscheiden zu können, und ermöglicht es, die Moralisierung des bioethischen Diskurses nachzuvollziehen. Vor diesem Hintergrund soll im letzten Abschnitt (5) noch einmal ein Blick auf die Bioethik Debatte in Deutschland geworfen werden, um zu zeigen, wo trotz der Moralisierung der Diskussion moralische Defizite liegen und welche Rolle der „Eigensinn der Moral“ zu ihrer Lösung spielen kann.

2. Technik, Gesellschaft und Moral in der Industriegesellschaft

Fragen der Letztbegründung moralischen Handelns ließen sich in vormoderne, traditionellen Gesellschaften anders beantworten, als es in modernen Gesellschaften möglich ist (vgl. Gamm 2000a, 2000b). Ontologische Autoritäten, wie Gott, Kosmos, Natur usw., lieferten in traditionellen Gesellschaften einen normativen Maßstab, der zwar interpretiert werden musste, jedoch innerhalb der jeweiligen Gemeinschaft nur unter Strafe des Ausschlusses infra-

ge zu stellen war.¹⁰ Was das Gute und Gerechte war, ließ sich aus der Lebenswelt „ablesen“, insofern diese göttlich, natürlich oder analog zum Kosmos gestaltet war. In diesem Sinne verstand sich „von selbst“, was richtig oder falsch war. „Lebensweltethiken“, wie die aristotelische, fanden ihre Inhalte in den gesellschaftlichen Verhältnissen selber, sofern diese Ausdruck göttlicher, natürlicher oder kosmischer Bestimmung waren.

Moderne Gesellschaften hingegen zeichnen sich durch normative Unbestimmtheit aus, durch einen umfassenden Verlust ontologischer Gewissheiten. Das gute Leben versteht sich nicht mehr „von selbst“. Natürliche Grenzen und göttlichen Bestimmungen verlieren an Verbindlichkeit, familiäre Bindungen lösen sich auf und weichen anderen Gemeinschaftsformen und die Handlungsoptionen der Einzelnen erfahren prinzipiell eine Steigerung der Vielfalt an Möglichkeiten. Was moralische Begriffe, wie Gerechtigkeit, Verantwortung usw. bedeuten, kann nicht mehr der Natur oder der Religion entnommen und allgemein verbindlich bestimmt werden.¹¹ Hinsichtlich moralischer Gewissheiten sind die Individuen auf sich selbst zurückgeworfen. Es obliegt den Einzelnen in Übereinstimmung mit ihren je konkreten Lebenswelten für sich zu entscheiden, was gut und gerecht ist, und welche der vielfältigen möglichen Orientierungen für das eigene Handeln Verbindlichkeit erlangen sollen.

Es wäre jedoch nun verkürzt, aus dem Verlust ontologischer Gewissheiten quasi naturwüchsig auf einen steigenden Bedarf an allgemein verbindlichen, moralischen Normen zu schließen. Der Prozess der Individualisierung von Verantwortung erzeugt nicht automatisch ein steigendes Bedürfnis nach allgemeinen Regeln der Orientierung. Eine solcher Schluss säße einem konservativen, anti-demokratischen Menschenbild auf, welches die Individuen als prinzipiell überfordert ansähe, mit ihrer neu gewonnenen normativen Freiheit eigenverantwortlich umzugehen. Teilt man diese Grundannahme jedoch nicht und hält darüber hinaus technikedeterministische Argumentationen für verkürzt, die moralische Debatten allein auf technische Entwicklungen zurückführt, ist es notwendig, die gesellschaftlichen Bedingungen zu fokussieren, innerhalb derer ein steigender Bedarf an „nachmetaphysischer Ethik“ konstatiert wird.

Bereits für die Entwicklung moderner Gesellschaften zu Industriegesellschaften wäre es in diesem Sinne zu einseitig, den wissenschaftlichen und

¹⁰ Tat man es dennoch – die Geschichte der Katharer und der Hexenverfolgung zu Beginn der Moderne legt vielfach Zeugnis ab von solchen Versuchen – wurde man als anders, als abartig erachtet, aus der jeweiligen Gemeinschaft ausgegrenzt, verfolgt, verbrant, vernichtet.

¹¹ Weshalb sich die Kantische Ethik, als typische moderne Ethik, – zumindest dem Anspruch nach – auch inhaltlicher Aussagen enthält und auf formale Verfahren umstellt, die aus einer von der Wirklichkeit separierten Sphäre rein moralischen Sollens abgeleitet werden. Vgl. Gamm 2000b. Ob ihr dies gelingt ist, ist jedoch nicht unumstritten. Vgl. dazu Bender 1988, 87, 90f, 175f.

technischen Fortschritt als alleinigen Motor gesellschaftlichen Wandels zu betrachten.¹² Industriegesellschaften sind nationalstaatlich verfasst und als liberale Marktwirtschaften organisiert. *Damit* Techniken, wie die Dampfmaschine, der mechanische Webstuhl oder die Eisenbahn, die sog. industrielle Revolution überhaupt anstoßen konnten, ist vielmehr eine bestimmte *Form der Vergesellschaftung* sowie eine bestimmte *Form der Gesinnung* (Max Weber) unabdingbar.

Eine bedeutsame gesellschaftliche Voraussetzung technischer Entwicklung war zunächst die Emanzipation des Bürgertums, das seine neu gewonnenen persönlichen Freiheiten auch auf das Wirtschaftsleben übertrug. Forciert wurden politische und wirtschaftliche Anschauungen, die die freie Entfaltung des Individuums zum Ziel hatten. Das Eigeninteresse der Individuen galt *dem Liberalismus* als Antriebskraft menschlichen Handelns. Man nahm an, dass die größtmögliche Freiheit der Individuen auch zur bestmöglichen Entfaltung der Gesellschaft führen würde. Deshalb habe der Staat das Privateigentum zu schützen und rechtsstaatlich abzusichern. Erst durch das „freie Spiel von Angebot und Nachfrage“ auf Märkten, könne Wohlstand für alle entstehen, weshalb der Wettbewerb auch möglichst nicht durch Eingriffe des Staates behindert werden dürfe (vgl. Döhn 1998).

Dass jedoch überhaupt ein Arbeitsmarkt – neben einem Kapital- und Gütermarkt – entstehen und sich der Wandel von der Manufaktur zur Fabrikarbeit vollziehen konnte, setzte das massenhafte Vorhandensein freier Arbeitskräfte voraus, die zeitlich, örtlich und sozial ungebunden waren, und nach Maßgabe der Produktion flexibel eingesetzt werden konnten. Fortschritte in der Medizin und bessere hygienische Standards hatten bereits seit dem 18. Jahrhundert zu einem Rückgang der Epidemien und damit zu einer Senkung der Sterblichkeitsrate geführt. Dieses Bevölkerungswachstum sowie die Freisetzung von Landarbeitern und Bauern aus feudalen Abhängigkeitsstrukturen führte während der industriellen Revolution zu einem explosionsartigen Anstieg von Lohnarbeitern. Freisetzung ist hier im doppelten Sinne zu verstehen: Als Zugewinn an politischer Freiheit einerseits, als Verlust an Produktionsmitteln – vor allem Land – andererseits. So zum Verkauf ihrer Arbeitskraft genötigt, wanderten die Betroffenen vom Land in die Städte ab, um dort eine neue Beschäftigung zu finden. Durch das auf diese Weise entstandene Überangebot an Arbeitskräften („industrielle Reservearme“) konnten die Arbeitgeber die Löhne bis unter das Existenzminimum senken, was zur massenhaften Verarmung der besitzlosen Bevölkerung und zur Entstehung von Slums in den Städten führte (vgl. König/Weber 1999, Marx 1976, 741ff).

Neben dem Vorhandensein einer „industriellen Reservearmee“ waren für die industrielle Fertigung von Gütern *neue Formen gesellschaftlicher Ar-*

¹² Ein Prozess, der sich in der westlich-abendländischen Welt vom 17. bis 20. Jahrhundert vollzogen hat. Vgl. dazu König/Weber 1999.

beitsteilung vonnöten. Sie ermöglichten die Aufteilung des Produktionsprozesses in unterschiedliche Arbeitsschritte, wodurch die Produktivität um ein Vielfaches gesteigert werden konnte. Eine bedeutsame Form gesellschaftlicher Arbeitsteilung war die geschlechtliche, also die Aufteilung produktiver und reproduktiver Tätigkeiten zwischen Männern und Frauen. Die Trennung von Haushalt und Betrieb wurde dadurch zur dominierenden Lebensweise in der bürgerlichen Gesellschaft und forcierte auch wirtschaftlich die Trennung zwischen Verbrauchern und Produzenten. Erst diese Trennung von Haushalt und Betrieb generierte die spezifische Subjektform „des Unternehmers“, einer Lebensweise, die berufliche Pflichterfüllung und Gewinnstreben um ihrer selbst Willen propagiert und von privatem Konsum trennt.¹³

Regionale und internationale Formen der Arbeitsteilung entstanden, die zur Spezialisierung einzelner Regionen und Nationen auf bestimmte Güter und Dienstleistungen führte, und – dank der Dampfschiffahrt – den weltweiten Handel mit Produktionsmitteln und Gütern sprunghaft ansteigen ließ. Nicht zuletzt erforderte die Aufteilung des Produktionsprozesses in einzelne Arbeitsschritte die Spezialisierung unterschiedlicher Tätigkeiten und Berufsgruppen. Einfache Arbeiten konnten so von angelernten Arbeitskräften geschickter und zeitsparender ausgeführt werden. Und für qualifizierte Tätigkeiten entwickelte sich allmählich ein Expertentum, dessen spezifischer Sachverstand die Ausdifferenzierung vielfältiger wissenschaftlicher Disziplinen forcierte und Voraussetzung und Antriebskraft technologischen Fortschritt gleichermaßen darstellte (vgl. König/Weber 1999).

Das reibungslose Funktionieren dieser arbeitsteiligen Produktionsstruktur setzte darüber hinaus eine disziplinierte individuelle Lebensführung voraus, die sich durch Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit sowie die Erhaltung der eigenen Gesundheit auszeichnet. In staatlichen Institutionen, wie der Schule und der Armee, in Hospitälern und Fabriken lernten die Individuen, sich entsprechend der geforderten Arbeitsweise zu verhalten und die veränderten Normen der Lebensführung zu internalisieren. Dabei führte nicht allein die Androhung von Strafe oder der Zwang drohender Verarmung zur Anpassung an die neue Produktionsweise; die Hoffnung auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse und das Versprechen der Teilhabe am neuen bürgerlichen Wohlstand veranlasste die Einzelnen vielmehr, sich auch *selbst zu disziplinieren*. Gegenüber der rechtlichen Sanktion, mit ihren äußeren Drohungen, gewann damit die *moralische* Norm handlungsleitenden Charakter für die Einzelnen.¹⁴

¹³ Max Weber hat die Geisteshaltung, die dieser Lebensweise zugrunde liegt, als „protestantische Ethik“ bezeichnet und als zentrale Voraussetzung liberaler Marktwirtschaft im 19. Jahrhundert erachtet. Vgl. zu ihrer Genese Weber 2000.

¹⁴ Michel Foucault beschreibt diesen Wandel der Lebensführung als Wandel von der Souveränitätsmacht oder juristischen Macht zur Biomacht, die durch Disziplinar- und Kontrolltechnolo-

Was heißt das nun für das Verhältnis von Moral und Biotechnologie in der Gegenwart? Mit der Entwicklung der modernen Gesellschaft zur Industriegesellschaft vollzog sich eine Rationalisierung der gesellschaftlichen Arbeitsteilung sowie der individuellen Lebensführung, die uns heute selbstverständlich geworden ist. Deshalb wird häufig vergessen, wie bedeutsam diese Organisationsstruktur mit ihrem Für und Wider für wissenschaftlich-technische Entwicklungen (nicht nur) in der Biomedizin auch heute noch ist. Beide Prozesse – die *Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Arbeitsteilung* ebenso wie die *Individualisierung von Verantwortung* – prägen auch gegenwärtig das Verhältnis von Technikentwicklung und Moral, wenngleich unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen. Im folgenden Abschnitt sollen diese Bedingungen näher beleuchtet werden.

3. Expertenwissen und moralische Verantwortung: ein widersprüchliches Verhältnis in Zeiten ökonomischer und technischer Globalisierung

Biomedizinische Forschung und Anwendung findet heute unter gesellschaftlichen Bedingungen statt, die als *Globalisierung* bezeichnet werden. Obgleich bisher wenig Einigkeit darüber besteht, was mit diesem Begriff tatsächlich bezeichnet wird (vgl. Görg 2004), lassen sich daraus zwei Prozesse hervorheben, die die Entwicklung der biotechnologischen Medizin heute in besonderer Weise prägen. Zum einen hat die „zweite industrielle Revolution“, also die sprunghafte Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien und ihre weltweite Verbreitung in den letzten 15 Jahren, zur Internationalisierung der Forschungsstrukturen selbst beigetragen. Zum anderen haben sich nach dem „Fall der Mauer“ die politischen und ökonomischen Bedingungen verändert, unter denen Forschung, Entwicklung, Vermarktung und Anwendung biomedizinischer Verfahren stattfindet: Eine neue Form liberaler Marktwirtschaft dominiert die sich ausweitenden internationalen Kapital-, Arbeits- und Gütermärkte. Sie führt zu einer veränderten Bedeutung nationalstaatlicher Grenzen (bestimmte Regulierungen werden verschärft, andere fallen gelassen), zur Steigerung von internationaler Konkurrenz und Wettbewerb und bringt in den meisten Ländern eine Verschiebung der sozialen Kräfteverhältnisse mit sich (z.B. steigende Arbeitslosigkeit bei gleichzeitig steigendem Wirtschaftswachstum).¹⁵

gien die moralische Disziplinierung der Einzelnen steigert. Vgl. dazu Foucault 1992, 1993 sowie Bröckling u.a. 2000.

¹⁵ Was in vielen armen Ländern der Welt zum Entstehen einer internationalen sozialen Bewegung geführt hat, die die negativen Folgen der Globalisierung kritisiert. Unter anderem wird von dieser Bewegung jedes Jahr parallel zum Weltwirtschaftsgipfel in Davos ein internationales Welt-Sozial-Forum veranstaltet, auf dem sich Hunderttausende aus aller Welt treffen, Erfahrungen

In diesem Sinne ist mit der Globalisierung eine qualitativ neue Form der weltweiten Arbeitsteilung entstanden, die neue ökonomische und technische Akteure hervorbringt (z.B. sog. *global player*¹⁶), und die wechselseitige Abhängigkeit aller Beteiligten (ForscherInnen, ProduzentInnen, ÄrztInnen, PatientInnen und Verbraucher, wie Labors etc.) noch einmal um ein Vielfaches steigert. Gleichzeitig werden mit Verweis auf den „Zwang der Globalisierung“ neue Formen der Individualisierung eingefordert, die den Einzelnen ein Höchstmaß an moralischer, juristischer und finanzieller Verantwortung anlastet.

So ist im Gesundheitswesen (nicht nur) in Deutschland seit den 1980er Jahren ein Wandel hin zu mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung zu verzeichnen, der mit der *Individualisierung sozialer Verantwortung* einhergeht (vgl. Stegmüller 1996, Gerlinger 2002). Durch die Privatisierung von Gesundheitskosten wird versucht, die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen zu senken, die durch die wachsende Arbeitslosigkeit seit Jahren kontinuierlich ansteigen. Während in den 1970er Jahren noch das Verständnis vorherrschte, Gesundheitskosten seien von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen zu tragen, da schließlich die (Ab-)Nutzung der Arbeitskraft auch den Unternehmensgewinn steigere, wird seit den 1980er Jahren die Verantwortung für Prävention und Therapie sowie deren Finanzierung zunehmend den Einzelnen angelastet.¹⁷ Parallel zu dieser Entwicklung gewann in der bioethischen Diskussion das Konzept der informierten Zustimmung (*Informed Consent*) zunehmend an Bedeutung; die Vorstellung also, nach angemessener Aufklärung seien die Individuen selbst in der Lage, über Nutzen und Nachteil diagnostischer und therapeutischer Verfahren in der Medizin kompetent zu entscheiden.

Beide Prozesse nun, die Individualisierung sozialer Verantwortung ebenso wie die Durchsetzung des Konzepts der informierten Zustimmung, erweisen sich vor dem Hintergrund der Globalisierung als ambivalent. Auf der einen Seite wird die Entscheidungsfreiheit der Individuen, im Vergleich zur ersten industriellen Moderne, noch einmal um ein Vielfaches gesteigert: Im Prinzip obliegt es jedem selbst, zu bestimmen, was für den eigenen Leib gut und richtig ist, und ob bzw. nach welchen medizinischen, ästhetischen, sportlichen oder sonstigen Kriterien der eigene Körper therapiert, verändert und gestaltet werden soll. Auf der anderen Seite ist mit diesem Zugewinn an per-

austauschen, die bestehenden Probleme diskutieren und Handlungsstrategien erarbeiten. Vgl. dazu Görg 2004, 107; Brand 2003.

¹⁶ Große Technologiefirmen agieren deshalb heute als transnationale Konzerne (TNC oder *global player*). Das heißt, ihre Produktions- und Vertriebsstrukturen sind auf unterschiedliche Staaten verteilt und ihr Umsatz – beispielsweise in der Automobilbranche – ist oftmals größer als das Brutto-Inlandsprodukt ganzer Staaten.

¹⁷ Dass diese Privatisierung der Gesundheitskosten die gesetzlichen Krankenkassen nicht dauerhaft entlastet, bestätigen die nach wie vor steigenden Beiträge.

sönlicher Freiheit jedoch auch die Erwartung verbunden, die Verantwortung für Krankheit und Gesundheit allein zu übernehmen. Nicht nur tragen die Einzelnen ohnehin die körperlichen Schäden *sowie* die finanziellen Kosten von Umweltverschmutzung, Arbeitsüberlastung und Armut; darüber hinaus wird von ihnen erwartet, die soziale Gemeinschaft nicht zu belasten und ihre Gesundheit und Arbeitskraft zu pflegen. Der moralische Gewinn, den die Zunahme an persönlicher Wahl-Freiheit also mit sich bringt, wird durch die Forderung der Selbstkontrolle und Selbstdisziplinierung wieder konterkariert.

Diese zwiespältige Form der Selbstverantwortung wird heute als *Selbstmanagement*¹⁸ bezeichnet und unter dem Begriff des *individuellen Krankheitsmanagements* von der Biotechnologie-Industrie positiv aufgegriffen: In einem Strategiepapier der Deutschen Industrievereinigung Biotechnologie beispielsweise wird der Paradigmenwechsel im Umgang mit Krankheit „hin zu einem *Krankheits-Management*“ gelobt, weil es „Prävention, Diagnostik und individualisierte Therapie in den Vordergrund stellt“ (DIB 2002, 7; Hervorhebung im Text). Dieser Paradigmenwechsel fördere nicht nur innovative Therapien aus dem Bereich der Pharmakogenetik, der Pharmakogenomik, der Stammzellforschung und Xenotransplantation sowie biotechnologischer Anwendungen, wie Tissue engineering und Zelltherapie, darüber hinaus seien die regulatorischen Behörden der Sozial- und Gesundheitspolitik gefordert, die Finanzierung der neuen Medizin sicherzustellen (vgl. DIB 2002, 7f). Dieses Beispiel verdeutlicht, in welcher Weise Individualisierung und Privatisierung von Verantwortung mit biomedizinischer Forschung und Therapie verstrickt sind.

Als weiteren Effekt der Globalisierung sind die veränderten Entwicklungs- und Produktionsbedingungen zu nennen, unter denen biomedizinische Forschung heute stattfindet. Dem Druck internationaler Konkurrenz soll durch mehr Wettbewerb, durch die Einführung marktwirtschaftlicher Distributionskriterien sowie durch die Deregulierung staatlicher Rahmenrichtlinien begegnet werden. Auch dieser Prozess hat sich als ambivalent erwiesen: Während sich auf der einen Seite durch die Internationalisierung der Forschung neue Kooperationsformen ergeben und Unternehmen nicht mehr an die juristischen und ökonomischen „Standortbedingungen“ eines Landes gebunden sind, ergibt sich auf der anderen Seite durch den politischen und ökonomischen Druck zur Privatisierung selbst für die Grundlagenforschung die *Forderung nach Anwendungsorientierung*: Ohne den prospektiven medizinischen Nutzen der eigenen Forschung klarmachen zu können – wie z. B. die Heilung bisher unheilbarer Erkrankungen –, lassen sich privatwirtschaftliche Fördermittel heute gar nicht und staatliche nur bedingt einwerben.

Damit forciert die Globalisierung gesellschaftlicher Arbeitsteilung einen ambivalenten Prozess: Auf der einen Seite wird verstärkt die Herausbildung

¹⁸ Vgl. dazu auch Fach 2004 sowie zur Selbstverantwortung im Gesundheitswesen Kühn 1998.

eines Wissens- und Verhaltenstypus gefordert, der bereits für die Technikentwicklung in der ersten industriellen Moderne von zentraler Bedeutung war: *das Expertenwissen bzw. Expertenhandeln*. Ohne den spezifischen Sachverstand wissenschaftlicher und technischer Expertise ist Forschung und Entwicklung heute weniger denn je möglich. Auf der anderen Seite sind Experten heute genötigt, Aussagen über *die soziale Bedeutung ihrer Forschung* zu machen, um ihre Tätigkeit zu legitimieren, um Forschungsgelder einzuwerben, Produkte zu verkaufen etc. Damit treffen sie zwangsläufig Aussagen über einen Bereich (ökonomischer Nutzen, politische Bedeutung, ethische Folgen usw.), *der ihre spezialisierte Autorität als medizinische, biologische oder sonstige Experten überschreitet*, und in dem sie eigentlich nicht mehr Kompetenz besitzen als andere Gesellschaftsmitglieder auch.

Für die Frage nach den Verhältnis von Biotechnologie und Moral ist auch diese Ambivalenz von entscheidender Bedeutung: Expertenwissen und -handeln ist nämlich durch eine spezifische Form der Problembearbeitung gekennzeichnet, *die für die Lösung gesamtgesellschaftlicher und insbesondere ethischer Fragen ungeeignet ist*. Während sich ethisches Wissen in der Moderne durch eine grundlegende Offenheit und Unbestimmtheit auszeichnet, lässt sich Expertenwissen als besonderer Sachverstand beschreiben, der durch einen *kontrolliert verengten Blick auf einen spezifischen Gegenstand* gewonnen wird. Es gewinnt seine Bedeutung durch Spezialisierung und Differenzierung und durch die Anhäufung komplexer, positiver Informationen über ein konkretes Problemfeld. Ethische Begriffe hingegen, wie Gerechtigkeit, Freiheit oder Verantwortung, sind mit Absicht weit gefasst. Sie müssen, weil sie in alle Bereiche des Lebens unspezifisch hineinspielen, bewusst offen gehalten werden. Ihr Bedeutungsgehalt kann erst von den Einzelnen innerhalb ihrer Lebenswelt je konkret interpretiert werden. In dieser Hinsicht soll sich Expertenwissen explizit von jenen Erfahrungen unterscheiden, die Laien mit demselben Gegenstand machen.¹⁹

Dennoch wird wissenschaftliche Expertise unterschiedlichster Provenienz heute vermehrt bei gesamtgesellschaftlichen Fragen zu Rate gezogen: Ob in öffentlichen Fragen oder politischen Konflikten, bei technischen Katastrophen oder in vormals privaten Bereichen, wie Erziehung und Lebensberatung, wird gesellschaftliche Praxis und Lebenswelt dem Wissen und Urteil von Experten unterstellt (vgl. Gamm 2000a, 255). Damit wird von den Ex-

¹⁹ In diesem Unterschied, in dieser Asymmetrie zwischen Expertenwissen und ethischem Wissen gründet auch die Unmöglichkeit ethischer Expertise: Es kann „zwar eine Ethik der Experten, aber keine Experten der Ethik“ geben (Gamm 2000a, 255). Diese Unmöglichkeit, Fragen der Ethik an Experten zu delegieren und von ihnen letztgültig klären zu lassen, erweist sich insbesondere für Ethik-Kommissionen als grundsätzliches Problem. Die vielerorts gestarteten Versuche, die Öffentlichkeit in Form interessierter Laien in Entscheidungsprozesse einzubinden, zeugen von einem Bewusstsein dieser Problematik. Vgl. dazu beispielsweise Schick-tanz/Naumann 2003.

perten jedoch etwas verlangt, wozu sie keine Kompetenz besitzen und worin sie nicht ausgebildet sind: Sie sollen Aussagen über die *gesellschaftliche Bedeutung* ihres je konkreten Gegenstandsbereichs machen. Dass dabei oftmals höchst Widersprüchliches zu Tage tritt, lässt sich am Stichwort „Experten- oder Gutachterdilemma“ verdeutlichen.

Befragt man beispielsweise verschiedene Experten mit der gleichen Ausbildung zu ein und demselben Thema, so kann man, wo doch eigentlich „Objektivität“ vorherrschen sollte, höchst unterschiedliche Ergebnisse erwarten. Diese Pluralität wissenschaftlicher Aussagen zu demselben Sachverhalt scheint ein Widerspruch in sich zu sein, wird doch Objektivität im Selbstverständnis naturwissenschaftlich-technischer Expertise als frei von gesellschaftlichen, kulturellen, religiösen, ethischen und sonstigen „nicht-wissenschaftlichen“ Einflüssen verstanden.²⁰ Ungeachtet der Frage, ob Objektivität überhaupt so verstanden werden kann, macht die gegenwärtige gesellschaftliche Forderung, Wissenschaft möge *anwendungsorientiert und praxisnah* verfahren, ein solches Verständnis gänzlich unmöglich:

„Je größer der Zwang der Wissenschaften, auf praxisnahe Fragen zu antworten, desto höher die Wahrscheinlichkeit, soziale Konfliktlagen und Perspektiven, kollektive Präferenzen und Einstellungen der Gesellschaftsmitglieder in Forschung Wissenschaft und Technologie hineinzutragen, ohne daß die Möglichkeit bestünde, sie gleichsam von dem Resultat wieder abzuziehen. Wenn die Experten das Labor verlassen, verläßt sie die Sicherheit und Gewißheit, die das Laborwissen garantiert“ (Gamm 2000a, 256).

Medizinische Forschung kann insofern heute nicht mehr getrennt von ökonomischen und politischen Interessen verstanden werden. Mit der gesellschaftlichen Überfrachtung wissenschaftlich-technischer Expertise ist vielmehr eine soziale Situation entstanden, die als normatives Defizit in ethischer Hinsicht beschrieben werden kann. Aus der Unmöglichkeit, durch differenzierte wissenschaftliche Expertise zu gesamt-gesellschaftlich bedeutsamen, sozial-ethischen Gewissheiten zu gelangen, entspringt, was Gerhard Gamm als „Bedarf an nachmetaphysischer Ethik“ bezeichnet (vgl. Gamm 2000a, 285). Das Bedürfnis, bei all den normativen Verunsicherungen durch die Biotechnisierung und Ökonomisierung der Medizin, verbindliche Orientierung für das eigene Handeln im Umgang mit Anderen wie sich selbst zu finden – auch und insbesondere deshalb, weil wissenschaftlich-technische Expertise auf die drängenden Probleme der Zeit nur verkürzte Antworten liefern kann.

Keineswegs nämlich ist der spezialisierte Sachverstand der Experten, ist kognitives Wissen als solches mit moralischer Gewissheit gleichzusetzen. Zweckrationale Planung und effiziente Durchführung in bestimmten Berei-

²⁰ Diese Vorstellung der Autonomie der Wissenschaft ist jedoch keineswegs selbstverständlich. Die Annahme ist vielmehr in ihrem radikalen Verständnis erst nach dem 2. Weltkrieg entstanden. Vgl. dazu Weingart 1985.

chen lassen sich *gerade nicht* umstandslos in Praxen gelungener Lebensführung überführen. Im Gegenteil. Mit der zunehmenden Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung geht keineswegs zwangsläufig eine bessere Gesellschaft einher. Was das im moralischen Sinne Richtige ist, lässt sich nicht aus Wissenschaft und Kunst, aus Technik oder Ökonomie ableiten. Vielmehr erwächst in der Moderne das, was *Moral* eigentlich ausmacht, gerade auch aus der *Differenz* zu jenen positiven gesellschaftlichen Gewissheiten: Nämlich als Möglichkeit, sich der Zwangsläufigkeit bestehender Verhältnisse auch verweigern zu können.

Dieser „Eigensinn der *Moral*“ (Gerhard Gamm), also deren prinzipiell mögliche Differenz zu positiven gesellschaftlichen (ökonomischen, technischen, juristischen, kulturellen oder sonstigen) Gewissheiten, wird jedoch durch die Individualisierung und Privatisierung sozialer Verantwortung heute unterlaufen. Nicht nur, dass sich die *Moralisierung* individueller Verantwortung heute als Instrument politischer Interessen erweist; mit Sanktionen hatte moralische Verantwortung, so sie wahrgenommen wurde, immer zu rechnen. Neu ist vielmehr, dass noch die Selbstbestimmung als solche, die Wünsche und Bedürfnisse der Individuen selbst, für Zwecke instrumentalisiert werden, die ihnen von außen vorgegeben werden. In diesem Sinne wird heute unterlaufen, was als Korrektiv gesellschaftlicher Zwänge gedacht war: der unbedingte Eigensinn der *Moral*.

Vor diesem Hintergrund erscheint nun die eingangs gestellte Frage nach der *Moralisierung der Bioethik-Debatte* in einem anderen Licht: Durch die Individualisierung moralischer Verantwortung werden die gesellschaftlich bedeutsamen Probleme biomedizinischer Technologieentwicklung nicht gelöst, sondern eher verstärkt. Dann aber stellt sich die Frage, welche Rolle der *Moral* im bioethischen Diskurs überhaupt noch zukommt, wenn moralische Gewissheit selbst nicht mehr autonom und unabhängig von den gesellschaftlichen Verhältnissen gedacht werden kann. Um im letzten Abschnitt am Beispiel des Stammzelldiskurses eine Antwort auf diese Frage vorzuschlagen, möchte ich im Folgenden zunächst einen differenzierten Blick auf das Verhältnis von Ethik und *Moral* werfen.

4. (Bio-)Ethik und der Eigensinn der *Moral*

Alltagssprachlich wird in den öffentlichen Debatten zur Biomedizin oftmals nicht zwischen *Ethik* und *Moral* unterschieden; das Adjektiv *ethisch* wird häufig synonym mit *moralisch* bzw. sittlich verwendet. Dieser Sprachgebrauch ist keineswegs ungerechtfertigt, insofern sich der Bereich der Ethik und der Bereich der *Moral* kaum exakt von einander abgrenzen lassen. Dem Wortstamm nach lassen sich beide Begriffe mit Sitte, Gewohnheit übersetzen. Der Begriff *Ethik* entstammt dem griechischen Wort *Ethos*, das sowohl

für Sitte, Brauch, Gewohnheit steht, als auch für eine Charaktereigenschaft bzw. ein Verhalten, das nicht fraglos jeglichen vorgegebenen Wertmaßstäben folgt, sondern diese jeweils nach eigener Überlegung und Kriterien zum Guten hin abwägt. Der Begriff *Moral* wiederum leitet sich aus dem lateinischen Wort *mos* (Plural *mores*) ab und bedeutet ebenfalls sowohl Sitte als auch Charakter (vgl. Pieper 1985, 18ff). Allein aus dieser etymologischen Abstammung heraus lässt sich also keine klare Differenz zwischen Ethik und *Moral* ableiten.

Es hat sich jedoch eingebürgert, zwischen Ethik und *Moral* insofern zu unterscheiden, als unter Ethik „die philosophische Reflexion, Kritik oder Begründung von *Moral* und ihrer Inhalte“ verstanden wird (Bender 1988, 186). Während *Moral* hingegen als *Gegenstand ethischer Überlegungen*, als „Komplex faktisch anerkannter und gelebter Normen“ begriffen wird (a.a.O., vgl. auch Pieper 1985). In diesem Sinne wird Ethik *als Reflexion der Moral*, als *Moraltheorie* verstanden; sie hat moralisches Handeln zu ihrem Inhalt, ohne dabei unbedingt selbst moralischen Normen zu gehorchen. Ethisches Handeln ist so wenig notwendig selbst moralisch, wie ein Literaturkritiker ein guter Autor oder ein Fußballtrainer ein guter Spieler sein muss. Als *normative* diskutiert und begründet Ethik, welche *Moral* die richtige ist; als *Moralwissenschaft* untersucht sie die sozialen, historischen und anthropologischen Grundlagen moralischer Phänomene; und als *Metaethik* reflektiert sie die ontologischen, sprachphilosophischen sowie erkenntnistheoretischen Grundlagen moralischer Urteile sowie ethischer Begründungen.²¹

Anders als im Begriff der Ethik hat sich demgegenüber im Begriff der *Moral* die doppelte Struktur von geltender Norm *und* Charaktereigenschaft bewahrt. Was als *Moral* verstanden wird, geht im Verständnis als „anerkannter Normenkomplex“ allein nicht auf. Als moralisch wird nicht nur jenes Handeln verstanden, das den geltenden Normen und Gesetzen folgt, sondern gerade auch der Anspruch des freien und unbedingten Urteils gegenüber diesen. Moralisch handelt, wer in einer gegebenen Situation eigenverantwortlich abwägt – mit oder auch gegen scheinbar unabänderliche Erfordernisse und äußere Zwänge. Dass moralisches Handeln immer innerhalb gesellschaftlicher Verhältnisse geschieht, heißt gerade nicht, dass es darin aufgeht. Während Ethik heute die konkreten sozialen und kulturellen Kontexte in ihre Reflexion einbeziehen muss, versteht sich *Moral* gerade nicht als moderate Vermittlerin gesellschaftlicher Verhältnisse. Sie tritt vielmehr erst dort in Erscheinung, wo Verantwortung auch *gegenüber* den sozial-ethischen Standards einer Kultur übernommen wird. In diesem Sinne wird *Moral* nicht nur

²¹ Zuweilen wird der Begriff Ethik auch als Bezeichnung für die gesamte praktische Philosophie verwendet. Vgl. zur Übersicht über verschiedene Begründungs- und Anwendungsformen gegenwärtiger Ethiken Bender 1988.

als Gegenstand ethischer Reflexion verstanden, sondern auch als deren Basis (vgl. Gamm 2000a; Pieper 1985).

Im Gegensatz zu rechtlichen Normen, deren Einhaltung durch die Androhung von Sanktionen gesichert werden, zeichnen sich moralische Normen durch *Selbstverpflichtung*, durch die unbedingte Übernahme von Verantwortung aus. Mit diesem starken Bezug auf Eigenverantwortung innerhalb und gegenüber gesellschaftlichen Zwängen, weist Moral einen genuin individualisierenden Charakter auf.

„Wie die Gerechtigkeit gegen das Recht auf der Singularität der Situation besteht, so pocht die Moral auf der Individualität des Handelns, auf das Mehr an Verantwortung für die erste Person Singular, auf die Nichtsubstituierbarkeit und Nichtreversibilität *meiner* Verantwortung“ (Gamm 2000a, 271, Hervorhebung im Text).

Mit diesem Anspruch, auch gegenüber dem „ethisch besten“, dem „mehrheitlich gewollten“, dem „wissenschaftlich-objektiv richtigen“ auf der Eigenverantwortlichkeit individuellen Handelns zu beharren, liefert Moral einerseits einen kritischen Impuls gegen jede Form von wissenschaftlichem, politischem oder auch ethischem Reduktionismus. Erst dieser irreduzible „Eigensinn der Moral“ würde es beispielsweise ermöglichen, auch jene Form von Bioethiken zu kritisieren, die glauben, anhand biologischer Kriterien sichere Aussagen über den moralischen Status menschlichen Lebens machen zu können. In diesem Sinne stehen Ethik und Moral von ihrem begrifflichen Verständnis her in einem notwendigen Spannungsverhältnis zueinander und moralisches Handeln wird von ethischer Praxis unterschieden: Während Ethik und insbesondere Bioethik heute ihre sozialen, kulturellen, politischen, ökonomischen usw. Rahmenbedingungen reflektieren muss und sich genötigt sieht, eine „sozialkonforme Politik des Interessenausgleichs“ (Gamm 2000a, 270) zu betreiben, soll das moralische Urteil auf der prinzipiellen Differenz zum gesellschaftlich Notwendigen beharren können, auf der Möglichkeit, sich noch „dem ethisch Besten“ (a.a.O.) gegenüber verwahren zu können.

Andererseits kommt der individualisierende Charakter der Moral jedoch auch jenem Prozess entgegen, der die Verantwortung für Gesundheit und Krankheit den Einzelnen anzulasten sucht. Dieser gesellschaftliche Hintergrund macht es heute so schwierig, an der unbedingten Übernahme von Eigenverantwortung als kritischem Prinzip festzuhalten. Wie lässt sich – so ist zu fragen – am „Eigensinn der Moral“ gegenüber gesellschaftlichen Verhältnissen festhalten, die noch die Selbstbestimmung der Individuen im Sinne politischer Interessen (Privatisierung von Verantwortung) präformieren? Eine Antwort muss hier prinzipiell „negativ“ verfahren. Würde sie nämlich versuchen, den szientifischen, technologischen, politischen, ethischen oder sonstigen Bestimmungen menschlicher Würde ein – wie auch immer geartetes – positives Bild des Menschen entgegenzusetzen, bliebe sie im gleichen argumentativen Zirkel verfangen: Wie jede Definition des Menschen würde sie

die Individuen um ihre historisch konkreten Entfaltungsmöglichkeiten beschneiden.²²

Angesichts der Ambivalenz, die mit dem gesellschaftlichen Rekurs auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung heute verbunden ist, muss die Antwort „bescheidener“ ausfallen. Will Ethik ihren kritischen Impetus nicht verlieren, den sie mit dem Spannungsverhältnis zur Moral besitzt, muss sie jene Verhältnisse benennen, *die die Individuen in ihrer Selbstbestimmung beschneiden*, die ihr Leiden verstärken, statt es zu verhindern, zu vermindern usw. Erforderlich ist dafür ein konkreter, empirischer Blick auf die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse innerhalb derer die Einzelnen ihr Selbst, ihre Gesundheit und Krankheit „managen“. Auf diese Weise lässt sich dann auch Moral von Moralisierung unterscheiden: Insofern Moralisierung als gesellschaftlicher Prozess verstanden werden muss, der von den Einzelnen die widerspruchslose Übernahme von Eigenverantwortung fordert und ihre Bedürfnisse nur als abstrakte Dilemmata thematisiert, geht ihr der kritische Impuls verloren, der mit Moral noch gedacht ist.

Eine kritische Ethik erfordert es darüber hinaus auch, sich *nicht* in die Alternative drängen zu lassen, entweder alle biotechnologischen Neuerungen mit dem Argument, sie dienen der Gesundheit, pauschal zu legitimieren oder die Biomedizin prinzipiell abzulehnen. Diese polarisierende Alternative würde weder den Bedürfnissen der Individuen noch den ambivalenten Auswirkungen der technisierten Medizin gerecht. Am Beispiel der Bioethik Debatte, wie sie in Deutschland angesichts der Möglichkeit embryonaler Stammzellforschung geführt wird, soll zuletzt veranschaulicht werden, wie sich in diesem Sinne am „Eigensinn der Moral“ auch gegenüber der Moralisierung des Diskurses festhalten ließe.

5. Die Stammzelldebatte und die Menschenwürde

In der Bioethik Debatte wird Ethik als angewandte Ethik verstanden. Sie lässt sich damit im Bereich normativer Ethik verorten (vgl. Düwell/Steigleder 2003). Als weite gesellschaftliche Bereiche übergreifender Diskurs erscheint sie als vielschichtiger, heterogener und unterschiedliche Interessen, Akteure und Zielsetzungen vereinender Prozess.²³ Als „Bioethik wissenschaftlicher Erkenntnisbemühung“ (Düwell/Steigleder 2003, 31) geht sie davon aus, dass, was moralisch richtig oder falsch ist, durchaus Gegenstand wissenschaftlicher Erkenntnis sein kann, und dass es ihre Aufgabe ist, methodisch kontrol-

²² Vgl. zur Problematik anthropologischer Deutungen in der Biomedizin auch Manzei 2005.

²³ Die Systematisierung der Bioethik Debatte als akademische Disziplin, als politisches Programm und als öffentlicher Diskurs scheint mir eine sinnvolle analytische Einteilung ihrer vielschichtigen Erscheinung zu sein, wobei sich die verschiedenen Bereiche selbstredend überschneiden. Vgl. dazu Schicktanz 2003, 264, Düwell/Steigleder 2003.

lierte Präskriptionen und Empfehlungen auszusprechen. Dabei sieht sie sich vor verschiedene Probleme gestellt: Zum einen muss sie sich auf das spezifische Fachwissen ihres je konkreten Gegenstandsbereichs (Transplantationsmedizin, Stammzellforschung usw.) einlassen. Angesichts der Dynamik des sozialen und technischen Wandels ein sehr aufwendiges Unterfangen, das gleichzeitig eine Spezialisierung und Engführung des Blickwinkels notwendig macht. Andererseits ist sie in modernen Gesellschaften durch die Pluralität von Lebensformen und die Kontingenz verbindlicher Ordnungen vor das Problem gestellt, sehr offen und unverbindlich bleiben zu müssen, will sie nicht in ein vormodernes Verständnis von Ethik zurückfallen (vgl. Düwell/Steigleder 2003, 29; Gamm 2000a, 262).

Angesichts dieser Schwierigkeiten, sieht sich die Bioethik genötigt, eine „Heuristik des guten Lebens“ (Gerhard Gamm) zu praktizieren: Sie sucht kontextbezogen rechtliche, moralische, politische, ökonomische, wissenschaftliche, technische, kulturelle usw. Aspekte zu berücksichtigen. Damit verfährt Bioethik heute eher im Sinne einer *Moderation gesellschaftlicher Konflikte*, als dass Letztbegründungsfragen im philosophischen Sinne thematisiert werden. So notwendig und unausweichlich dieser Kontextbezug moderner Ethik auch ist, so groß ist gleichzeitig die Gefahr, einer relativen moralischen Beliebigkeit das Wort zu reden. Wird Ethik nämlich auf diese Moderationsfunktion reduziert, entgleitet ihr das Korrektiv, das sie mit dem Spannungsverhältnis zur Moral und deren unbedingtem Eigensinn besitzt. Ethische Reflexion läuft dann Gefahr, zum Instrument dominanter gesellschaftlicher Kräfte zu werden, zum Anwalt der Interessen jener Akteure, mit der größten Dominanz und Durchsetzungskraft.

Angesichts der Internationalisierung biomedizinischer Forschung gewinnt dieses Problem noch einmal eine neue Dimension: Während Ethik einerseits nicht umhin kann, die sozialen und kulturellen Differenzen zu reflektieren, mit denen sie sich durch die wissenschaftlich-technische und ökonomische Globalisierung konfrontiert sieht, darf sie andererseits nicht in der Vermittlung der unterschiedlichen Ansprüche aufgehen. Würde sie lediglich, ohne jeden Vorbehalt, als Moderatorin der verschiedenen Interessen auftreten, könnte sie ihrer Aufgabe, die Würde des Menschen zu schützen, nicht gerecht werden. Erst die prinzipielle Möglichkeit der Verweigerung gegenüber dominanten Wahrheiten, des Beharrens darauf, „dass es auch anders geht“, sichert den Individuen in ihren konkreten Lebenswelten die Chance, selber zu bestimmen, was ihre Würde ausmacht. Am Beispiel der Kontroverse um die Menschenwürde von Embryonen sei verdeutlicht, wie die Beförderung der Selbstbestimmung gegenüber szientifischen, technologischen, politischen, ethischen oder sonstigen Reduktionismen konkret aussehen könnte.

In dieser Kontroverse, wie sie in Deutschland angesichts von Reproduktionsmedizin und embryonaler Stammzellforschung geführt wird, herrscht

theoretisch Einigkeit darüber, dass, wer über die „Menschenwürde von Embryonen“ reden will, zunächst einmal klären muss, wie Menschenwürde verstanden und begründet wird. Dass sie nämlich bewusst offen, abstrakt und unbestimmt gefasst wird, sich nicht biologisch bestimmen oder juristisch bzw. politisch zu- oder absprechen lässt und dass sie auch nicht an das Vorhandensein individueller Eigenschaften, wie Bewusstsein, Interessens- oder Reflexionsfähigkeit, gebunden ist. Unstrittig ist deshalb auch, dass das, was Menschenwürde im je konkreten Fall ausmacht, von Kontext zu Kontext verschieden sein kann und nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg abstrakt bestimmt werden kann.²⁴

Dieser theoretische Konsens über die notwendige Unbestimmtheit der Menschenwürde führt jedoch keineswegs zu einer einstimmigen Ablehnung allgemeiner Definitionsversuche. Im Gegenteil. Was Menschenwürde ist, wird gerade nicht offen gehalten, sondern von den unterschiedlichsten Seiten her zu bestimmen versucht. Wo nicht gar ausschließlich polemisch auf den argumentativen Gegner gezielt wird, beanspruchen doch viele Positionen explizit zu wissen, wann menschliches Leben und mit ihm seine Würde beginnt, oder wann die Ablehnung bzw. Durchführung biomedizinischer Forschung die Würde Kranker verletze. Bis auf wenige Ausnahmen wird die moralische Dimension der Debatte hier auf die Konstruktion der eingangs beschriebenen Dilemmata reduziert und erscheint als abstrakte Aufrechnung der Menschenwürde von Embryonen mit der Menschenwürde (potentieller) Kranker. Nur wenige Positionen versuchen demgegenüber, die immanente Spannung der Menschenwürde, zwischen Abstraktion und Konkretion, aufrecht zu halten und die konkreten Bedingungen zu analysieren, unter denen kranke Menschen leiden.²⁵

Moralische Argumentation im kritischen Sinne hätte hier gegenüber den unterschiedlichen Festschreibungen biomedizinischer oder sonstiger Provenienz auf der Unbestimmbarkeit der Menschenwürde zu beharren und einen konkreten Blick auf die Verhältnisse zu werfen, unter denen die Würde von Menschen tatsächlich verletzt wird. Ein solcher Blick ließe dann differenziertere Einsichten zu: Beispielsweise würde sich zeigen, dass einem Großteil der Kranken, denen durch Stammzellforschung und -therapie geholfen werden soll, diese Versorgung aufgrund der Kürzungen im Gesundheitswesen überhaupt nicht zukäme, wie z.B. MigrantInnen oder SozialhilfeempfängerInnen

²⁴ Vgl. als Übersicht über die kontroversen Positionen (in Deutschland) zur Menschenwürde von Embryonen Geyer Hg. 2001.

²⁵ So beispielsweise Hille Haker in dem genannten Band (Geyer Hg. 2001). Und Wolfgang Bender zeigt in seiner Reflexion am Ende des vorliegenden Buches, wie verschieden das Verständnis von Menschenwürde in den je konkreten kulturellen, religiösen und gesellschaftlichen Zusammenhängen aussehen und verstanden werden kann.

und anderen Armen in diesem und anderen Ländern.²⁶ Es würde deutlich, dass durch den kurativen Charakter und die Organzentriertheit der „regenerativen Medizin“ allgemein der Bedarf an Geweben und Organen letztlich *systemimmanent gesteigert wird* (vgl. Manzei 2003, Kap. 3), anstatt Krankheiten zu verhindern.

Es würde sich auch zeigen, dass es der Lebenswirklichkeit Kranker und ihrer Angehöriger oftmals nicht entspricht, sich ausschließlich für oder gegen biomedizinische Therapien zu entscheiden: In der Leukämie-therapie bei Kindern beispielsweise wird zwar einerseits seit langem erfolgreich mit der Transplantation von adulten Stammzellen gearbeitet, andererseits ist diese Therapie für die Betroffenen jedoch oft mit unsäglichen Schmerzen und Qualen verbunden.²⁷ Und auch die vielen Selbsterfahrungsberichte Transplantierter verdeutlichen, dass Organtransplantationen den Einzelnen zwar oftmals das Überleben sichern, dass dieses Leben jedoch keineswegs notwendig als würdevoll empfunden wird.²⁸ Diese konkret erlebten Widersprüche in der Debatte diskursiv zu vereindeutigen, indem kritische Reflexion verunglimpft wird, ist einer der Mechanismen, durch den die Würde der Betroffenen missachtet wird.

Nicht zuletzt kommt die Bedeutung des „Eigensinns von Moral“ gerade auch gegenüber jener Individualisierung von Verantwortung zum Tragen, die keine gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit mehr kennt. Paradoxe Weise obliegt es auch hier der moralischen Eigenverantwortung der Einzelnen, sich noch gegen diese Zuschreibung zu verwahren und die sich verschlechternden Arbeits- und Lebensbedingungen als soziale Ursachen von Krankheiten zu benennen. In diesem Sinne verpflichtet der „Eigensinn der Moral“ zu einer Übernahme von Verantwortung *auch und gerade gegenüber ihrer Privatisierung* und wirkt so einer Entpolitisierung der Moral entgegen.

Literatur

- Bender, W. 1988: *Ethische Urteilsbildung*. Stuttgart: Kohlhammer.
 Bender, W. 2002: *Ethische Aspekte und gesellschaftliche Folgen der Stammzellforschung*. In: Hauskeller Hg. 2002, 50 – 69.

²⁶ Vgl. dazu beispielsweise Anele und Wulf in diesem Band.

²⁷ Bekannt wurde diese Therapie als Knochenmarkstransplantation, heute als Stammzelltransplantation bezeichnet. Vgl. dazu die beeindruckende Beschreibung der psycho-physischen Krisensituation leukämiekranker Kindern nach einer Stammzelltransplantation, wie sie von der Psychotherapeutin B. Griebmeier verfasst wurde (Griebmeier 2001). Vgl. zu den medizinischen Hintergründen der Gewinnung und Anwendung von adulten Stammzellen aus Nabelschnurblut und Knochenmark Klingebiel u.a. 2002.

²⁸ Vgl. zu weiterführender Literatur zum Thema „Selbsterfahrung Transplantierter“ Manzei 2003.

- Böhme, G.; Manzei, A. 2003: Kritische Theorie der Technik und der Natur. München: Fink Verlag.
- Brand, U. 2003: Das World Wide Web des Anti-Neoliberalismus, in: Scharrenberg, A.; Schmidtke, O. Hg.: Das Ende der Politik? Westfälisches Dampfboot, Münster.
- Bröckling, U.; Krassmann, S.; Lemke, T. Hg. 2000: Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt a.M.
- Bröckling, U.; Krassmann, S.; Lemke, T. Hg. 2004: Glossar der Gegenwart. Frankfurt a.M.
- Brüstle, O. 2003: Geduld mit Stammzellen, in: Moderne Medizin. Spektrum der Wissenschaft Dossier 3/2003, 80–82.
- Decker, O.; Winter, M. 2005: Genderaspekte in der LebendspenderInnen-EmpfängerInnenbeziehung, erscheint in: Manzei/Schneider Hg. 2005.
- DIB (Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie) 2002: Hoffnung auf Heilung von schweren Krankheiten, in: Frankfurter Rundschau vom 26.08.2002.
- Döhn, L. 1998: Liberalismus, in: Neumann, F. Hg.: Handbuch Politische Theorien und Ideologien, Bd.1, 2. Aufl., Opladen.
- Drechsler, H.; Hilligen, W.; Neumann, F. Hg. 2003: Gesellschaft und Staat. Lexikon der Politik. München.
- Düwell, M.; Steigleder, K. Hg. 2003: Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fach, W. 2004: Selbstverantwortung, in: Bröckling u.a. 2004, 228–235.
- Foucault, M. 1992: Bio-Macht, DISS-Text Nr.25, Duisburg, 27–51.
- Foucault, M. 1993: Die Geburt der Klinik, Frankfurt a. M.: Fischer Verlag.
- Gamm, G. 2000: Nicht nichts. Studien zu einer Semantik des Unbestimmten. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gamm, G. 2000a: Ethik und Moral, in: Gamm, G. 2000, 252–274.
- Gamm, G. 2000b: Die Unausdeutbarkeit des Selbst, in: Gamm, G. 2000, 207–227.
- Gamm, G. 2001a: ‚Aus der Mitte denken‘. Die ‚Natur des Menschen‘ im Spiegel der Bio- und Informationstechnologien, in: Zeitschrift für Kritische Theorie 12/2001, 29–51.
- Gerlinger, T. 2002: Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P02–205.
- Geyer, C. Hg. 2001: Biopolitik. Die Positionen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Görg, C. 2004: Globalisierung, in: Bröckling, U.; Krassmann, S.; Lemke, T. Hg. 2004: Glossar der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 105–110.
- Graumann, S.; Schneider, I. Hg. 2003: Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt a.M., New York: Campus.

- Grießmeier, B. 2001: Zwischen Himmel und Hölle – Wie Kinder die Extremsituation in der Stammzelltransplantation erleben, in: *Klinische Pädiatrie*, No. 213, 255–257.
- Habermas, J. 2002: *Die Zukunft der menschlichen Natur*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hauser-Schäublin, B.; Kalitzkus, V.; Petersen, I.; Schröder, I. (2001): *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag.
- Hauskeller, C. Hg. 2002: *Humane Stammzellen. Therapeutische Optionen – Ökonomische Perspektiven – Mediale Vermittlung*. Lengerich: Pabst.
- Hoff, J.; In der Schmitt, J. Hg. 1994: *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium*. Hamburg, 1. Aufl.
- Kalitzkus, V. 2005: *Organtransplantation und Lebenswelt. Eine qualitative Studie zur Transplantationsmedizin in Deutschland*, erscheint in Manzei/Schneider 2005.
- Klingebl, T, Jürgens, H, Vormoor, J. 2002: Aktuelle Möglichkeiten der Behandlung mit blutbildenden Stammzellen aus Nabelschnurblut im Kindesalter, in: *Klinische Pädiatrie*, No. 214, 195–200.
- König, W.; Weber, W. 1999: *Netzwerke, Stahl und Strom. Bd. 4. der: Propyläen Technik Geschichte*, Hg. Wolfgang König, Berlin.
- Kühn, H. 1998: „Selbstverantwortung“ in der Gesundheitspolitik, in: *Zwischenzeiten. Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 30, 7–20.
- Lindemann, G. 2002: *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Fink Verlag.
- Manzei, A. 2003: *Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Münster/Hamburg: LIT-Verlag.
- Manzei, A. 2003a: *Eingedenken der Lebendigkeit im Subjekt? – Kritische Theorie und die anthropologischen Herausforderungen der biotechnologischen Medizin*, in: Böhme/Manzei 2003, S. 199 – 221.
- Manzei, A. 2003b: *Mythos der unendlichen Rekonstruierbarkeit des Körpers. Wunsch und Wirklichkeit der regenerativen Medizin am Beispiel der Stammzellforschung*, In: *Ethica. Wissenschaft und Verantwortung*. Jg. 11, 2003, Heft 4, 411–421.
- Manzei, A. 2005: *Umkämpfte Deutungen – Gesellschaftstheorie und die Kritik wissenschaftlichen Bestimmungen menschlicher Existenz*, erscheint in: Gamm, G.; Gutmann, M.; Manzei, A. Hg. 2005: *Zwischen Anthropologie und Gesellschaftstheorie. Zur Renaissance Helmuth Plessners im Kontext der modernen Lebenswissenschaften*, Bielefeld: Transcript Verlag.

- Manzei, A.; Schneider, W. 2005: Transplantationsmedizin als kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis. Münster: Agenda, i.V.
- Marx, K. 1976: Das Kapital, Bd. 1, in: Marx-Engels-Werke, Bd. 23.
- Minuth, W.W.; Strehl, R.; Schumacher, K. 2002: Von der Zellkultur zum Tissue-Engineering. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Schicktanz, S. 2004: Die kulturelle Vielfalt in der Bioethik Debatte. In: Schicktanz Hg. 2004, 212–243.
- Schicktanz, S. u.a. Hg. 2004: Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Schicktanz, S.; Naumann, J. Hg. 2003: Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik: Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs, Opladen: Leske & Budrich.
- Schneider, Werner 1999: „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!“ Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse am Beispiel der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland. Münster/Hamburg/London: LIT Verlag
- Stegmüller, K. 1996: Wettbewerb im Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.: VAS Verlag.
- Weber, M. 2000: Die protestantische Ethik I, Eine Aufsatzsammlung hg. von Johannes Winkelmann, Gütersloh, 9. Aufl.
- Weingart, P. 1983: Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Politisierung der Wissenschaft, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 12, Heft 3, Juli 1983, 225–241.

