

Kollektive in der Bioethik

Sozialphilosophische und partizipationsethische Aspekte

Projektbericht

Die Frage, inwieweit die Rücksicht auf Kollektive und ihre politisch-ethische Einbindung ein zentrales Anliegen der Bioethik sein sollte, beschäftigt mich schon seit langem. Ziel des Projektes war und ist weiterhin, drei Zugänge zu dieser Frage auszuleuchten und systematisch miteinander zu verbinden. Erstens geht es um die inhaltliche Aufarbeitung und methodische Reflexion, wie sich praxisnah kollektive Verortung erfassen und beschreiben lassen. Zweitens geht es um eine theoretische, analytische Systematisierung, was ein Kollektiv ausmacht. Welche sinnvollen Kriterien lassen sich ableiten, um normative bioethische Fragestellungen genauer zu formulieren? Drittens geht es um die Anwendung sowohl induktiver als auch deduktiver Erkenntnisansätze zur Erfassung, Abgrenzung und Analyse von Fallbeispielen. Als Fallbeispiele für solche Kollektivakteure eignen sich u.a. Patientenorganisationen, Familien, Profession oder kulturelle bzw. geschlechtliche Identität.

Im Rahmen meines sechsmonatigen Forschungsaufenthaltes konnte ich Fortschritte in der Bearbeitung aller drei Zugänge verzeichnen. Oberstes Ziel war es, gerade den ersten Teil vorläufig abzuschließen. Die Ergebnisse wurden in einem gemeinsamen, englischsprachigen Buchmanuskript mit dem israelischen Soziologen Aviad Raz zusammengefasst und

unter methodischen Aspekten genauer reflektiert (Raz, Schicktanz, 2016).

1. Der angewandte, praxisnahe Teil dieser Forschung geht dabei von empirisch informierten Erkenntnissen, quasi „bottom-up“, aus, welche insbesondere auf implizite kollektive Verankerungen wie Kulturkreis, Nationalität oder Geschlecht – um drei Beispiele zu nennen – verweisen. Deren enorme Rolle für die Entwicklung und auch Kontextualisierung von bioethischen Normen gilt es genauer auszuleuchten. Vergleicht man zum Beispiel bioethische Positionen zur Sterbehilfe und zur genetischen Diagnostik zwischen Laien und Experten in Deutschland und Israel, dann fällt eine ganze Reihe von Unterschieden auf. Diese lassen sich weder allein durch (fehlende) Religionszugehörigkeit noch durch Nationalitätszugehörigkeit erklären, zeichnen aber im Zusammenspiel ein relativ komplexes, wenn gleich systematisches Bild von Differenzen. Während in Deutschland diesbezüglich eher eine zurückhaltende Haltung sowohl bei Laien als auch Experten vorherrscht, findet die genetische Diagnostik in verschiedenen Krankheitskontexten breite Unterstützung in Israel. Dieses Bild einer permissiven Biopolitik in Israel muss allerdings kritisch revidiert werden, betrachtet man genauer den Diskurs um konkrete Regelungen von Entscheidungen am Le-

Professor Dr. Silke Schicktanz
war von April bis September 2015
Alfried Krupp Senior Fellow.
Sie ist Professorin für Kultur und
Ethik der Biomedizin am Institut
für Ethik und Geschichte der
Medizin der Universitätsmedizin
Göttingen.



Silke Schicktanz ist Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin an der Universitätsmedizin Göttingen. Sie hat von 1991 bis 1998 in Tübingen Biologie und Philosophie studiert und dort anschließend 2002 im Fach Ethik in den Lebenswissenschaften promoviert. Ihr bereits in der Promotion erwachtes Interesse an Öffentlichkeitsbeteiligungen in bioethischen Debatten brachte sie 2001 an das Deutsche Hygiene-Institut, wo sie als Projektleiterin die erste deutsche

bundesweite Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik durchführte. Nach Stationen in Berlin und Münster hatte sie von 2006 bis 2010 die Juniorprofessur für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen inne. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind u.a. kulturvergleichende Bioethik, das Verhältnis von Ethik und Empirie sowie normative Konzepte von Identität und Autonomie.

Kurzvita

» Kollektive in der Bioethik: sozialphilosophische und partizipationsethische Aspekte

Die ethische Bewertung der modernen Medizin und lebenswissenschaftlicher Forschung – kurz ‚Bioethik‘ – bezieht sich häufig auf nur drei Akteure und ihr Verhältnis zueinander: Patient, Arzt und Staat. Hingegen hat kulturvergleichende Bioethik-Forschung gezeigt, dass kollektive Zugehörigkeiten wie Religion, Klasse, Geschlecht, Generation oder Ethnie für Individuen (sowohl Patient als auch Arzt) sehr wesentliche moralische Bezugspunkte darstellen. Zudem gibt es einflussreiche Akteure unterhalb der Staatsebene, wie die Familie, Patientenverbände oder Professionsgruppen. Ihr kollektivistischer Status bleibt meist unreflektiert. Das Forschungsprojekt will sich dieser Forschungslücke widmen. Es beleuchtet die theoretische Frage der Identitätsbildung eines Kollektivs näher: Wel-

che epistemologischen, anthropologischen und sozialen Bedingungen müssen erfüllt sein, damit wir sinnvollerweise von einem bioethisch relevanten Kollektiv sprechen können? In einem zweiten Schritt sollen die partizipativen und sozial-politischen Normen solcher Kollektive näher bestimmt werden. Dabei geht es nicht um die Negierung individueller Normen, wie z.B. dem Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung oder der Verantwortung des Arztes. Diese werden weiterhin in interindividuellen Auseinandersetzungen unverzichtbar sein. Vielmehr geht es darum, die soziale und politische Entscheidungsebene in der Bioethik mit Blick auf Kollektivakteure genauer zu definieren und in ausgewählten Beispielen zu analysieren.

Fellow-Projekt



Abb. 1: Professor Dr. Silke Schicktanz sprach auch im Rahmen der Familienuniversität Greifswald über das moralische Für und Wider von Organspenden.

bensende. Hier sind eher restriktive Positionen vorrangig, während im deutschen Kontext eher permissive Positionen mit starker Orientierung an der Autonomie vorherrschen. Den befragten Laien und Experten ist dabei ihre kulturelle Verankerung selten bewusst, sondern fungieren als implizite Orientierungsmuster. Die Aufgabe einer komparativen Bioethik kann u.a. darin gesehen werden, solche impliziten Muster aufzudecken und in das allgemeine Bewusstsein zu bringen, um sie dann kritisch zu reflektieren. Die beschriebenen kulturellen Differenzen werden ausschließlich dort gebrochen, wo persönliche Betroffenheit und konkretes Erfahrungswissen bei den befragten Laien auftritt. Liegt beides vor, so überwiegt bei Interviews in Deutschland und in Israel zu beiden bioethischen Themen eher eine moralische Position, die Einzelfalllösungen und die Selbstbestimmung der Einzelnen mit

dem Wunsch nach dialogischer und persönlicher Unterstützung durch die medizinische Profession stark macht. Zugleich deutet sich damit sehr gut die Wirkmächtigkeit solcher kollektiver Verortungen an – auch wenn sie rhetorisch gern als individualistische Positionen betitelt werden. Dies verweist auf größere Herausforderung sowohl beim methodischen als auch inhaltlichem Aufbau für derartige bioethische Studien. Um überhaupt ein Gespür für die komplexen Verschränkungen verschiedener kollektiver Verankerungen aufdecken zu können, die unserem eher individualistischen, liberalen Selbstbild gerne zuwiderlaufen, sind komparatistische Ansätze in der empirischen Bioethik notwendig. Sie erlauben es, konkrete Hypothesen zu einigen dieser kollektivistischen Denkmuster aufzustellen. Hier ist zu betonen, dass man unbedingt kollektivistische Dimensionen unterhalb der abstrakten Staats-

ebene im Blick behält. Entsprechend wäre die Rolle von Familien, Partnern, Verbänden oder Kirchen für Entscheidungsprozesse im Rahmen der Sterbehilfe, der Organtransplantation oder reproduktionsmedizinischen Maßnahmen genauer auszuleuchten und ins jeweilige Verhältnis zu Individuum und Staat aber auch untereinander zu setzen.

2. Der zweite Zugang zu dem Projekt setzte an theoretischen Debatten der politischen Ethik und Sozialphilosophie an. Der Begriff des Kollektivs bedarf genauerer Analyse. Es lag das Hauptaugenmerk auf der Frage, was ein Kollektiv ist, welche Kriterien ein Kollektiv aufzeigen muss, um auch normativ Gewicht bzw. Gehör zu erhalten und ob bestimmte Kollektive für die Bioethik besonders zählen. Zur Klärung der Frage, was Kollektivität eigentlich ist, sind drei Betrachtungsebenen zu unterscheiden. In der ontologischen Grunddebatte wird darüber gestritten, ob es überhaupt Kollektive gibt und inwiefern Kollektive „mehr als nur die Summe von Individuen“ sind. Kollektive als eigenständiges Phänomen zu negieren, erscheint sehr kontraintuitiv. Es entspräche dem gängige Satz „Den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen“. Zudem sprechen sowohl psychologische, evolutionsbiologische als auch soziologische Überlegungen dafür, dass Kollektiverfahrungen in der Eigen- und Fremdwahrnehmung sehr wichtig sind. Dies schließt aber nicht aus, dass das, was als Kollektiv zählt, kulturell und historisch kontingent ist. Daher gilt es genauer zu hinterfragen, wann ein Gruppe von Individuen zu einem Kollektiv wird – wann wird eine Ansammlung von Bäumen zu einem Wald?

Zu dieser ontologischen Ebene kommen die advokatorische Frage, wen man moralisch vertreten soll (Individuum oder Kollektiv) und die anthropologische Frage zum Verhältnis von Individuum und Kollektiv. Sozialphilosophisch folge ich dabei der Annahme, dass wir

in unseren Erfahrungen und Sprechakten eine „Wir-Identität und Uns-Überzeugung“ klar adressieren und u.a. von Ich-identität und Ich-Überzeugungen unterscheiden können. Vom Grenzfall des zweiseitigen Spazierganges ausgehend, steigt die Plausibilität solcher kollektiven Akteursidentitäten mit Stabilität, Größe und inhaltlicher Einigkeit eines Kollektivs. Sozialpsychologen wie Heiner Keupp und Soziologen wie Antony Giddens haben auf den entwicklungspsychologisch notwendigen Abgrenzungsprozess der „Ich-Identität“ von einer vorstrukturierten Sozialität (z.B. in der Kindheit) aufmerksam gemacht. In diesem Sinne verstehe ich Identitätsbildung dialektisch. Kollektive Intentionen sind ein aktuelles Thema handlungstheoretischer Forschung. Für den Zweck der vorliegenden Untersuchung wurden vorrangig die wichtigsten Argumente für eine kollektive Willensbildung überprüft. Diese sollte dia- oder multilogisch – aber sicher nicht monologisch – erfolgen. In Abgrenzung zur Aufsummierung sind Formen und Inhalte kollektiver Intentionen vergleichbar einer Choreographie oder eines Symphoniekonzerts (Searle), deren Absichten auf den kollektiven Inhalt abzielen. Dies gilt für geteilte Werte oder sogar rationale Hintergrundannahmen (Bratman). Es lassen sich zudem sozialepistemologische Überlegungen anschließen. Bestimmte Wissenserkenntnisprozesse werden dann als soziale Prozesse verstanden (Ludwik Fleck), wenn Methoden und Inhalte kollektiv verhandelt und bestätigt werden. Identität und Intention müssen schließlich mit kollektiver Handlung versehen werden, um einen eigenwertigen Kollektivakteur zu kennzeichnen. Kollektives Handeln kann sowohl advokatorisch als auch arbeitsteilig erfolgen. Dies zeigt sich dort deutlich, wo die Handlungen auf den Erhalt des Kollektivs selbst ausgerichtet sind (z.B. eine Staatsform durch demokratische Prozesse zu steuern). Es geht weiterhin um Beziehungen,

Kooperation und Institutionen, die quer zu der gängigen politisch-ethischen Unterscheidung von Bürger und Staat liegen. In normativer Hinsicht hat das Konzept kollektiver Verantwortung bislang am meisten auch praktische Bedeutung erlangt.

Die Konstitution von Kollektiven kann normativ unterschieden werden in 4 Typen: a) primär freiwillig, b) extern bestimmte, sekundär freiwillig, c) nicht-freiwillig, aber sozial zugehörig fühlend und d) unfreiwillig. *Freiwillige Kollektive* basieren auf freiwilliger Selbstzuordnung ihrer Mitglieder, wobei die Wir-Identität nicht instrumentell, sondern Zweck an sich ist (Michel Bratman). Ein typisches Beispiel sind politische Parteien, Professionsverbände oder Firmen. *Extern bestimmte, aber sekundär freiwillige Kollektive* konstituieren sich als Reaktion auf gesellschaftliche Abgrenzung oder Marginalisierung. Sie setzen meist starkes Vertrauen in die Mitglieder des eigenen Kollektivs, um soziale Entfremdung zu vermeiden oder beruht auf starkem Erfahrungswissen, wodurch sie sich zu anderen Gruppen abgrenzen. Beispiel hierfür wären u.a. politische Frauengruppen oder organisierte religiöse oder kulturelle Minderheiten. Als *nicht-freiwillige*, aber sich *sozial zugehörig* fühlende Gruppen sind davon solche Kollektive zu unterscheiden, die sich ausschließlich über Fremdzuordnung definieren. Mit Fremdzuordnung ist damit z.B. die sozialhistorisch entstandene, sehr wirkmächtige Klassifikation von Menschen nach Religionen, Nationalitäten oder Weltanschauungen gemeint, die häufig durch nahestehende Personen (z.B. Eltern) eingeführt werden. Sich von einem solchen Kollektiv abzuwenden, ist ebenso möglich wie die bewusste aktive Hinwendung. Ersteres geht aber oft mit bestimmten rechtlichen oder sozialen Hürden einher. *Unfreiwillige Kollektive* zeichnen sich eindeutig durch dominante Fremdzuschreibungen aus. Gerade in diesem Typ von Kol-

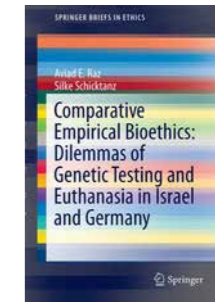
lektiven spielen Naturalisierung bzw. Essentialisierung eine große Rolle. Die Behauptung, dass eine Zuschreibung von außen ‚biologisch‘ gestützt sei (z.B. Geschlecht, Rasse etc.) verunmöglicht (fast) ihre Kritik oder die Abgrenzung von diesem Kollektiv. Zusätzlich ist die Zuordnung stark kulturhistorisch (wie bei Religionszugehörigkeit von Geburt an) und meist normativ aufgeladen, denn die Zuschreibung zu einer bestimmten Gruppe ist meist mit sozialer Auf- oder Abwertung verbunden. Ein „Entkommen“ aus dem Kollektiv erscheint durch die Naturalisierung fast unmöglich. Was bleibt, ist daher eine ritualisierte Anerkennung der eigenen Zugehörigkeit, die selbst in der Moderne durch Stereotypen bzgl. Geschlechter oder Ethnien-Verhalten aufrechterhalten wird. Der Prozess der Selbstzuordnung ist der Ausweg aus der nicht-freiwilligen Fremdzuordnung. Eine Abgrenzung von dem Kollektiv wird häufig als Identitätskrise verstanden oder gar pathologisiert. Postmoderne Vorstellungen von flexiblen oder hybriden Identitäten scheinen sich an diesem Kollektivtypus daher besonders abzuzeichnen, meist mit einem krypto-normativen Anliegen, diese Kollektive als diskriminierend und vormodern zu dekonstruieren. Aber ob dies grundsätzlich gelingen kann, ist fraglich (Haim Hazan). Produktiver kann es hingegen sein, in Anschluss an Mirander Fricker die Wirkmächtigkeit sozialer Stereotypen, die mit dieser Kollektivzuordnung einhergehen, aus epistemischer Gerechtigkeitsperspektive genauer zu adressieren.

Theoretisch ist man gern geneigt, sich ausschließlich mit einem Typ von Kollektiv zu beschäftigen, was jedoch empirisch und praxisorientiert kritisch zu betrachten ist. Wie neuere Forschung zu Intersektionalität an den Tag legt, kreuzen sich mehrere Kollektivitätsidentitäten. Sie lassen subtile Sozial- und Machtgefüge entstehen. Dies gilt es bei der weiteren Forschung im Blick zu behalten,

auch wenn sich dadurch besondere methodische Herausforderungen stellen. Kollektive sind also ein wesentlicher Bestandteil geteilter, sozialer Realität, die normativ höchst relevant sind. Die Engführung auf abstrakte ontologische Debatten oder auf polarisierte Liberalismus- vs. Kommunitarismus-Debatten führen eine praktische Philosophie wenig weiter. Vielmehr bedarf es eines vielschichtigen Ansatzes für die Bioethik, die diese kontextrelevant sowohl Individual- als auch Kollektivperspektiven abbilden kann und einer kritischen Reflexion zu unterziehen.

3. Der bekannteste kollektive Akteur des Gesundheitswesens ist die verfasste Ärzteschaft, die als Körperschaft öffentlichen Rechts den Status eines offiziellen Gesprächs- und Verhandlungspartners in allen wesentlichen Prozessen der Gesundheitspolitik beansprucht. Neben diesem hochprofessionellen Akteur lassen sich jedoch weitere Kollektivakteure mit mehr oder minder ausgeprägten Organisationsstrukturen identifizieren. Dazu zählen vor allem Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Dazu muss ganz allgemein die Frage geklärt werden, was bestimmte Patientengruppen berechtigt, als Kollektivakteure mit eigener moralischer Autorität in gesundheitspolitischen Diskussionen aufzutreten. Die Frage nach der normativen Rechtfertigung des Status als kollektiver Akteur lenkt den Blick auf jene internen Mechanismen der Organisation und Kommunikation, die sicherstellen sollen, dass sich individuelle Interessen nicht lediglich als vermeintlich kollektive Position tarnen und gesellschaftliche Forderungen im Namen eines faktisch nicht existenten Kollektivakteurs aufgestellt werden. Wer sich als Mitglied eines Patientenkollektivs versteht, nimmt teil an einer kollektiven Identität („Wir“-Identität). Dies setzt voraus, dass die Mitglieder der Patientenorganisation sich selbst als Betroffene verstehen. Das bedeutet nicht zwangsläufig,

Abb. 2: Auch im Kolleg entstanden: „Comparative Empirical Bioethics: Dilemmas of Genetic Testing and Euthanasia in Israel and Germany“. Aviad E. Raz, Silke Schicktanz (2016), Berlin, New York, Springer.



körperlich-leiblich von einer Krankheit betroffen zu sein, es ist auch möglich, als Angehöriger eines Betroffenen das ‚Patient-Sein‘ nachzuempfinden. Gemeinsames Erfahrungswissen aufgrund damit verbundener Probleme und Konflikte im Alltag bilden die Intention für gemeinsames Handeln. Dies unterscheidet Patientenorganisationen z.B. von rein professionellen Verbänden. Für die Gruppenbildung ist einerseits das spezielle Erfahrungswissen, andererseits eine sozio-politische Akzeptanz als gewichtiges Patientenkollektiv. Die Selbstzuordnung als Betroffener eines ausschlaggebendem Patientenkollektivs hängt sehr von externer, sozialer Zuschreibung (z.B. durch Ärzte) ab: Wie wichtig dies ist, zeigt sich am Beispiel der „contested illnesses“, d.h. Befunde, deren Krankheitswert (noch) nicht allgemein anerkannt ist (vgl. Brown et al. 2012). Für die Zuschreibung eines kollektiven Status reicht es nicht aus, wenn sich Patienten und Angehörige selbst als Gruppe verstehen. Vielmehr muss die Gruppenbildung mit einer Kollektivierung von normativen Vorstellungen, Plänen und politischen Forderungen einhergehen. Ziel dieser gruppeninternen Verständigung (z.B. bei Sitzungen/Tagungen/über Komitees) ist es, gemeinsame politische Zielsetzungen oder konkrete Handlungsstrategien zu entwickeln. Diese gehen über die Verbesserung individueller Situationen hinaus und betreffen sozial- und gesundheitspolitische Reformen.

Das Ergebnis dieses Prozesses kann man als Ausübung von kollektiver Autonomie verstehen. Gerade dieser Prozess des wechselseitigen, partizipativen Austauschs gilt als Grundbedingung, um eine gezielte, strukturierte, moralisch relevante Gruppenidentität von spontaner, arbiträrer, moralisch irrelevanter Gruppensozialität abzugrenzen. Sie ist letztlich die Grundlage für die interne und externe Akzeptanz einer Patientenorganisation als Kollektivakteur.

Sowohl die theoretischen Überlegungen zur genaueren Definition von Kollektiven als auch die praktischen, empirischen Fragen zu Patientenverbänden werden intensiv weiterbearbeitet. In einem im Oktober 2015 begonnenen, dreijährigen Projekt wollen wir untersuchen, wie im politischen Kulturvergleich Patientenrepräsentation bei Alzheimer Demenz und Autismus angelegt, begründet und reflektiert wird.

Aviad E. Raz, Silke Schicktanz: *Comparative Empirical Bioethics: Dilemmas of Genetic Testing and Euthanasia in Israel and Germany*; Springer, (voraus. 2016)

Katharina Beier, Isabella Jordan, Silke Schicktanz, Claudia Wiesemann (2015) *Familien und Patientenorganisationen als Kollektive Akteure in der Bioethik: vernachlässigt und unterschätzt?* In: Holmer Steinfath, Claudia Wiesemann; zusammen mit Reiner Anselm, Gunnar Duttge, Volker Lipp, Friedemann Nauck, Silke Schicktanz (Hrsg.): *Autonomie und Vertrauen. Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*, Springer. S. 163-200

Katharina Beier, Isabella Jordan, Claudia Wiesemann, Silke Schicktanz (2016) *Understanding collective agency in bioethics*, HYPERLINK „/journal/11019“ *Medicine, Health Care and Philosophy*, <http://link.springer.com/article/10.1007/s11019-016-9695-4>

Außerdem u.a.:

Silke Schicktanz & Sabine Wöhlke (2015) *Leben im Anderen: Körperanthropologische Deutungsmuster in der Organtransplantation zwischen kulturell Sagbarem und Unsagbarem*. In: Kahl/Knoblach/Weber (Hrsg.): „Transmortalität. Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft“, Juventa (in Bearbeitung)

Silke Schicktanz, Larissa Pfaller, Solveig Hansen, Moritz Boos: *Not mistrust but public attitudes towards brain-death and body concepts influence reluctance to organ donation: Results of a survey before and after the German transplantation scandals* (under review)

Solveig Lena Hansen, Silke Schicktanz: *Bilder fürs Leben: Versteckte Botschaften in aktuellen Kampagnen als Reaktion auf die Krise die Organspende*, in: Andrea Esser, Antje Kahl, Daniel Kersting, Christoph Schäfer und Tina Weber (hrsg.) : *Die Krise der Organspende – Anspruch, Analyse und Kritik aktueller Aufklärungsbemühungen im Kontext der postmortalen Organspende in Deutschland*, Duncker & Humblot GmbH (in Bearbeitung)

Ausgewählte
Veröffentlichungen