

2 Zur ethischen Theorieperspektive



2.1 Konsequentialismus

2.2 Deontologie

2.3 Tugendethiken

Der moralische Umgang mit Veränderungen mentaler Zustände erfordert komplexere Regeln, als wir sie aus der Alltagsmoral oft gewohnt sind. Unsere Alltagsmoral ist überwiegend kritisch gegenüber mentalen Veränderungen, die nicht aus aufwändigen Prozessen des Lernens, Übens, der geistigen und körperlichen Disziplin oder Verausgabung resultieren. Ekstatische Zustände durch sportliche Höchstleistungen, durch Tanz, durch Jogging oder Ähnliches werden weniger kritisch beobachtet als solche, die durch Stimulantien, sogar durch Zucker oder Koffein hervorgerufen werden. Meditative Entspannung wird eher als unproblematisch akzeptiert als der Effekt von Alkohol oder gar des nebenwirkungsärmeren Rauschpfeffers Kava. Diese kritische Grundhaltung hat sich wenigstens an der Oberfläche in generellen und floskelhaften Anweisungen wie »Sag Nein zu Drogen« niedergeschlagen.

Dahinter dürften durchaus berechnete Argumente stehen, die auf das Risiko technischer und pharmazeutischer Veränderungen des Mentalen verweisen sowie auf die dabei eingesetzten Handlungsweisen und deren Auswirkung auf den Charakter der Handelnden. Psychoaktive Substanzen besitzen (a) erhebliche Risiken, die nicht leicht zu kontrollieren sind, darunter insbesondere die Entwicklung von Suchterkrankungen. Dass sie Risiken bergen, gilt zwar für nahezu alle Veränderungen mentaler Zustände, inklusive der durch Übung und Lernen, allerdings ist das Ausmaß der Risiken sehr uneinheitlich.

Auch für den Fall, dass eine bestimmte mentale Veränderung sowohl durch psychoaktive Substanzen als auch durch körperliche Verausgabung zu erreichen ist und beide Wege ein sehr ähnliches Risiko mit sich bringen, müssen beide Pfade nicht moralisch gleich bewertet werden. Vielmehr kann man (b) darauf verweisen, dass die technische Veränderung mentaler Zustände eher Gefahr läuft, die Selbstbestimmung des Handelnden zu unterlaufen. Training, Disziplin und Verausgabung können und müssen vom Handelnden in einer Weise geformt werden, die bei der Verwendung technischer Lösungen nicht verfügbar ist. Mit der Wahl technischer Mittel anstelle der Hinwendung zu körperlicher Verausgabung – so kann man argumentieren – gibt man ein Selbstbestimmungspotential auf, das man hätte ausschöpfen können.

Mit der Analyse von Nutzen und Risiko sowie dem Einfluss auf das Selbstbestimmungspotential der Betroffenen sind die Möglichkeiten des moralischen Vergleichs von Veränderungen des Mentalen noch nicht erschöpft. Jenseits der Risiken und der Minderung von handlungsinhärenten Selbstbestimmungspotentialen kann man (c) darauf verweisen, dass der Griff zum technischen Mittel den Charakter des Handelnden formt. Wer regelmäßig die körperliche und geistige Verausgabung, Disziplin und Training zugunsten von technischen Methoden vernachlässigt, entwickle wertvolle Charaktereigenschaften nicht.

Die vorgeführten Argumente dürften Prototypen unterschiedlicher moralischer Argumentationsweisen und zugleich der Theorieangebote der dominanten ethi-

schen Theoriefamilien sein. Alle drei Argumenttypen finden sich in den Fachdebatten über die Neurowissenschaften und ihre Ergebnisse ebenso wieder wie in den moralischen Intuitionen im Alltag. Sie wurden in den dominanten Theoriefamilien der Ethik – in Konsequentialismus, Deontologie und Tugendethik – systematisiert. Diese drei Theoriefamilien vereinen jeweils eine große Zahl von Einzeltheorien, die mindestens ebenso oft miteinander in Konkurrenz stehen, wie sie sich komplementär zueinander verhalten. Obwohl Theorien aller drei Familien letztlich an der zentralen ethischen Frage »Was soll ich tun?« orientiert sind, legen sie doch, wie oben angedeutet, unterschiedliche Schwerpunkte darin, welche Handlungskontexte und moralischen Probleme sie klären. So schaut die Tugendethik auf die Charaktereigenschaften des Handelnden und darauf, wie diese sich in Einzelhandlungen manifestieren. Die Deontologie fokussiert dagegen auf die Absichten und Maximen der konkreten Einzelhandlung und der Konsequentialismus auf die Folgen dieser Handlung. Oft kann eine einzige dieser Perspektiven hinreichend sein, um die Leitfrage »Was soll ich tun?« zu beantworten. Aus diesem Grund äußern sich auch zahlreiche Ethiker dahingehend, sie seien Deontologen (etwa Kantianer) oder Konsequentialisten (bspw. Utilitaristen), wenn sie davon ausgehen, dass die jeweilige Theorie für alle oder mindestens doch den stark überwiegenden Teil von Handlungskontexten eine hinreichende Antwort auf die moralische Frage liefere (vgl. etwa die teilweise kontroversen Positionen in M. Baron/Pettit/Slote 1997). Eingestandenermaßen liegen für nahezu alle ethischen Theorien Formulierungen auch von prominenter Seite vor, die die Falschheit der jeweils anderen Theorien behaupten. Gleichzeitig lassen sich aber in nahezu allen Darstellungen auch Passagen identifizieren, die Anknüpfungen an alternative Theoriekonzepte zulassen. Hier werden die letzteren Passagen betont, und es wird auch für die Ethik in Anspruch genommen, dass sie eine Disziplin mit einer Vielzahl von Theorien ist, die je problemspezifisch geeignet sind, zu korrekten Überzeugungen zu gelangen. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass schon das Handlungsfeld der Neuroethik divers genug ist, um alle drei Perspektiven und damit eine Mehrzahl von Theorien erforderlich zu machen. Umso mehr gilt dies für das Feld moralisch relevanter Handlungen insgesamt. Im weiteren Fortgang werden die hier verwendeten ethischen Theorien kurz vorgestellt und noch kürzer in den Theoriekontext eingeordnet. Es soll dabei nicht um eine erschöpfende Darstellung der Ethik und ihres Instrumentariums gehen, sondern darum, die Grundlage der folgenden Argumentationen offenzulegen.

Ich werde in den folgenden Kurzvorstellungen – entgegen gängiger Praxis in der Neuroethik – nur in Exkursen auf den sogenannten Prinzipialismus eingehen, der zwar als geeignete Sammlung von Prinzipien in Fragen der angewandten Ethik auftritt, aber zu Recht nicht beansprucht, eine ethische Theorie zu sein. Die Begründer des Prinzipialismus, Tom L. Beauchamp und James F. Childress (2013), schlagen vor, den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip aufzugeben und sich stattdessen an weithin konsensfähigen mittleren Prinzipien zu orientieren, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. Diese Prinzipien (Respekt vor Autonomie, Nichtschaden, Benefizienz, Gerechtigkeit) sollen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen anknüpfen, die in einem Prozess der Interpretation, Konkretisierung und Gewichtung rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden. Man spricht deshalb auch von einem rekonstruktiven oder kohärentistischen Begründungsansatz. Unsere Alltagsüberzeugungen sind dabei nicht nur der Ausgangspunkt für die ethische Theoriebildung, sondern auch Prüfstein und notwendiges Korrektiv.

2.1 | Konsequentialismus

Konsequentialistisches Denken dominiert nahezu alle Güterabwägungen, wie sie in Forschung und Medizin, aber auch im Alltag sehr verbreitet sind. Wägt man den Nutzen einer Therapie gegen die Risiken der Nebenwirkungen ab oder den voraussichtlichen Erkenntnisgewinn eines Forschungsprojekts gegen das Leiden der Versuchstiere oder auch den angenehmen Rausch und die Offenherzigkeit nach dem dritten Glas Wein gegen den Schaden des Katers am kommenden Morgen, so agiert man im Rahmen konsequentialistischen Denkens (gute Einführungen in das konsequentialistische Denken finden sich im entsprechenden Kapitel von Birnbacher 2007 und in Driver 2012).

Konsequentialistische Theorien zeichnen sich typischerweise durch zwei Komponenten aus: eine Axiologie, d. h. eine Wertlehre, und ein Aggregationsverfahren. Die Axiologie gibt darüber Auskunft, was in dem jeweiligen Wertungsbereich als wertvoll zu verstehen ist, während das Aggregationsverfahren darlegt, wie diese Werte miteinander zu verrechnen sind.

2.1.1 | Aggregation

Die einfachste Version eines konsequentialistischen Verfahrens kombiniert eine Nutzenaxiologie mit einer simplen Addition und einem Maximierungsgebot: Man addiert für jede einzelne Handlungsoption in derselben Entscheidungssituation die positiven und negativen Folgen, und zwar gewichtet nach deren Wahrscheinlichkeiten für jede Person. Schließlich gibt man eine Handlungsempfehlung für diejenige Handlungsoption, die den höchsten Wert aufweist. Dieses Verfahren nennt man einfach Wertmaximierung, es bildet den Kern der utilitaristischen Ethik, der wahrscheinlich bekanntesten Unterform des Konsequentialismus. Es findet sich allerdings auch in der angewandten Ethik in Form eines weithin akzeptierten Prinzips wieder, nämlich in Gestalt des sogenannten Benefizienzprinzips.

2.1.1.1 | Exkurs zum Prinzipalismus 1: Benefizienz

Das Benefizienzprinzip oder Wohltuensprinzip wird von Beauchamp und Childress in ihrem Prinzipalismus eingeführt. Es soll die positive Verpflichtung der Medizinberufe einfangen, die über die zuvor diskutierten Prinzipien der Achtung von Autonomie und des Nichtschadens hinausgeht. Beauchamp und Childress differenzieren das Prinzip in zwei Teilprinzipien, nämlich positive Benefizienz und Nützlichkeit. Positive Benefizienz erfordert Handeln zugunsten des Vorteils anderer, Nützlichkeit die Abwägung gegen den dadurch entstehenden Schaden.

Vom Prinzip der Nutzenmaximierung im klassischen Utilitarismus grenzen die Autoren das Benefizienzprinzip dadurch ab, dass dieses nicht hinreichend sei, die moralische Qualität einer Handlung zu beurteilen, sondern immer in Abwägung mit den anderen drei Prinzipien stehe. Dagegen wird das utilitaristische Nutzenmaximierungsprinzip normalerweise als alleiniges Moralprinzip verstanden.

In der Tat dürfte das Benefizienzprinzip ansonsten identisch sein mit dem utilitaristischen Prinzip. Um dies zu untermauern, seien hier kurz die wichtigsten

möglichen Interpretationsmöglichkeiten für das Benefizienzprinzip diskutiert: Nach der ersten Interpretation fordert das Benefizienzprinzip, nur Handlungsoption zu wählen, die wahrscheinlich in Nutzen resultieren. Eine solche Forderung könnte zum einen alle Handlungsoptionen ausschließen, deren möglichen Folgen durchweg negativ sind. Dann wäre das so verstandene Benefizienzprinzip für die Wahl des geringsten Übels nicht geeignet. Es könnte keine Handlungsanleitung liefern, wenn keine der zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen (inklusive ein Unterlassen) positive Folgen verspricht. Dies ist insbesondere in tragischen, dilemmatischen Situationen ein Problem, beispielsweise wenn zwischen den Alternativen abgewogen werden muss, ein Leben unter extremen Schmerzen noch zu verlängern oder einen Patienten sterben zu lassen. Keine Wahl stiftet Nutzen, dennoch scheint es aber Abwägungskriterien zwischen schlimmen Optionen zu geben.

Zum anderen würde das so verstandene Prinzip keine Entscheidungshilfe zwischen Handlungsoptionen mit unterschiedlichen positiven Folgen bieten. Die Wahl beispielsweise zwischen zwei erfolgversprechenden Therapien, einer mit nur geringen negativen Nebenwirkungen und einer mit gravierenderen, aber den Therapieerfolg nicht überwiegenden Nebenwirkungen, wäre gemäß dem so verstandenen Benefizienzprinzip offen. Obwohl diese Offenheit auch als Vorteil gesehen werden kann, weil so die moralische Vorauswahl noch Raum für weitere, nicht moralische Entscheidungskriterien lässt, scheint mindestens dieses Beispiel doch kontraintuitiv. Sicherlich ist es moralisch besser, die erfolgversprechende Therapie mit geringen Nebenwirkungen derjenigen mit gravierenden Nebenwirkungen vorzuziehen.

Nach der zweiten Interpretationsmöglichkeit wird das Prinzip so verstanden, dass es die vielversprechendste, d. h. nutzenmaximale Handlungsoption empfiehlt. Dann kann es auch mit Situationen der Wahl des geringsten Übels umgehen, denn das geringste Übel ist die nutzenmaximale Handlungsoption. Das gilt auch, wenn das beste zu realisierende Ergebnis immer noch ein negatives ist. In dieser Variante ist das Benefizienzprinzip aber rechnerisch nichts anderes als das utilitaristische Maximierungsgebot.

Gerade die prominente Interpretation bei Beauchamp und Childress (2013), der zufolge das Benefizienzprinzip vom Handelnden nur verlange, dem Handlungsbetroffenen so weit zu helfen, bis ein moralisch gleichwertiger Schaden beim Handelnden drohe, läuft letztlich auf nichts anderes als das Maximierungsgebot hinaus. Es werden schlicht der Nutzen und der Schaden bei allen Betroffenen inklusive des Handelnden aufgerechnet und die Handlung gewählt, deren Nutzenerwartung am größten ist. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Handelnde nur bis zu genau der Leistung verpflichtet ist, bei der ihm ein moralisch gleichwertiger Schaden entsteht. Im Schnittpunkt zunehmenden Nutzens für den Handlungsbetroffenen und abnehmenden Nutzens für den Handelnden ist das Nutzenmaximum erreicht. Dem könnte man entgegenhalten, das Benefizienzprinzip sei von der Struktur her ganz anders angelegt. Es fordere nur, einem Gegenüber Wohl zu tun, nicht den Nutzen aller Betroffenen zu maximieren. Insofern sei es ergebnisoffener und auf die Interaktion in normalen sozialen Situationen gemünzt, statt eine stark verengte Wahl vor dem Hintergrund abstrakter Berechnungen einzufordern. Dieser Einwand scheint aber allein schon deshalb problematisch zu sein, weil auch das Benefizienzprinzip für jeden Betroffenen gilt. Man folgt dem Benefizienzprinzip nicht, wenn man dem einen auf Kosten des anderen nützt.

Im Kontext der medizinischen Ethik dürften neben dem Handelnden – meist einem Mitglied der Pflegeberufe – und dem Behandelten zahlreiche weitere Betrof-

fene zu berücksichtigen sein: Angehörige, andere Patienten, die Sozialgemeinschaft etc. Die Auswahl von therapeutischen, diagnostischen oder anderen medizinischen Handlungen unter dem Druck von Kosteneffizienz und Verteilungsgerechtigkeit ist letztlich kaum etwas anderes als die Maximierung des Nutzens aller Betroffenen, weshalb das Benefizienzprinzip jenseits seines fehlenden Alleinstellungsanspruchs auch nur schwer vom Maximierungsgebot zu unterscheiden ist.

2.1.1.2 | Alternativen zum Maximierungsgebot

Alternativen zur simplen Addition und Maximierung von Werten finden sich nicht nur in der moralischen Praxis, sie sind auch in der philosophischen Literatur ausgiebig thematisiert worden. Unter diesen Alternativen seien hier drei kurz ausgeführt:

Die erste alternative Aggregationsstrategie ist die Verteilungsgleichheit von wertvollen Zuständen über die betroffenen Personen hinweg. Diese Variante wird realisiert, indem in einer Entscheidungssituation die aus jeder Handlung resultierende Verteilung wertvoller Zustände zwischen allen beteiligten Personen ermittelt und diejenige Handlung empfohlen wird, in der der Unterschied zwischen den Personen am geringsten ist. Dieses Verfahren krankt daran, dass es für Effizienz unsensibel ist. Es empfiehlt eine gleichverteilende Handlungsoption auch dann, wenn eine alternative Option alle deutlich besserstellen würde, aber größere Ungleichheit erzeugte. Im Fall medizinischer Triage, d. h. der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen kann ein radikaler Egalitarismus dazu führen, dass Therapieoptionen für wenige ausgeschlagen werden, selbst wenn die dadurch eingesparten Mittel nicht ausreichen, um eine relevante Leidensminderung für alle Betroffenen zu realisieren. Das heißt, ein Resultat gleichen Elends wird dem des ungleichen Glücks vorgezogen. Aus diesem Grund ist die reine Gleichheitsforderung in der konsequentialistischen Theorielandschaft kaum vertreten.

Die zweite Alternative ist das sogenannte Maximin-Verfahren (Rawls 1971), respektive dessen Derivat, das Leximin-Verfahren (Sen 1992). Das Maximin- bzw. Leximin-Verfahren akzeptiert nur solche Handlungsoptionen, die die jeweils am schlechtesten gestellte Person besserstellen. Das kann entweder bedeuten, diese Person profitiert direkt von einer verteilungsrelevanten Handlung. Oder es kann bedeuten, dass sie davon profitiert, dass Bessergestellte einen Vorteil erlangen. Am Beispiel der medizinischen Triage: Die gesundheitlich am stärksten beeinträchtigte Person kann davon profitieren, dass ihr direkt medizinische Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Sie kann aber ebenfalls dadurch profitieren, dass medizinisches Personal zuerst behandelt wird, um die Versorgung anderer zu garantieren. Von diesen beiden Optionen ist diejenige vorzuziehen, die den am stärksten beeinträchtigten Personen den größten Vorteil verheißt. Würde man solch ein Verfahren auf die Vergabe von Gehirndoping, sogenanntem kognitiven Enhancement, anwenden, so würden die Personen zuerst – respektive überhaupt – davon profitieren, die kognitiv am wenigsten leistungsfähig sind. Das würde voraussichtlich zu ganz anderen Nutzerstrukturen bei Gehirndoping führen, als es gegenwärtig der Fall ist, wo primär Studenten und Mitglieder akademischer Berufe zum Gehirndoping greifen (für eine gesellschaftliche Regulierung von Enhancement, die diesem Prinzip folgt, haben sich bereits früh Norman Daniels und Allen Buchanan ausgesprochen; vgl. Daniels/Sabin 1997; Buchanan 2011).