

BIOETHIK
WS 2002/2003
Prof. Dr. Johannes Reiter

§ 1 WAS IST BIOETHIK?

I. Die bioethische Fragestellung und der Begriff der Bioethik

1. Was ist Bioethik?

- gegenwärtig: rasante Entwicklung in biologischen Fachgebieten
- Entwicklungen durchdringen viele Bereiche des Alltagslebens
 - o vor allem ökonomische und soziale
- Veränderungen auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiet
 - o => Einwirkung auf die sozio-ökonomischen Bereiche des Lebens
- Leitmotiv der Forschung: die Gesundheit sein („therapeutischer Imperativ“)

- „grüne“ Bioethik in Deutschland: nach wie vor Akzeptanzprobleme
 - o z.B.: genetisch erzeugte Lebensmittel:
 - Verbraucher sieht keinen großen Nutzen; möchte lieber kein zusätzliches Risiko eingehen
- „rote“ Gentechnik: dabei geht es um das „Genomprojekt“, die wissenschaftliche Etablierung des Klonens usw.
 - o biologische Prozesse werden auf neuer Wissensgrundlage untersucht, das Therapieverständnis erweitert
 - o im Bereich des Sozialen: Diskussion kommt einem Kulturkampf gleich...
- Antwort der Ethik auf dieses Problem: Bioethik
 - o formuliert und prüft die moralischen Regeln für den wissenschaftlich-technischen Umgang mit Leben im allgemeinen und mit menschlichem Leben im besonderen

- 1927: Begriff „Bioethik“ erstmals in der Zeitschrift „Kosmos“ verwendet
- um 1970 war Begriff in den USA schon gebräuchlich geworden
 - o Einführung auf die medizinische Ethik
- Bioethik umfaßt auch folgende Bereiche:
 - o Genethik, Tierethik, Umweltethik, Neuroethik
- in der medizinischen Ethik gilt eine andere, mehr das ärztliche Ethos betreffende Fragestellung (Arzt-Patient-Verhältnis)
- Begriff „Bioethik“ für viele Menschen nach wie vor negativ konnotiert
 - o sprachliche und inhaltliche Gründe
 - o oft mit dem Bioethiker Peter Singer in Verbindung gebracht
 - o neutraler, assoziationsfreier Begriff: Ethik des Lebens/Lebensethik
 - o Gründung der Europäischen Ethikkommission: Begriff der Bioethik fand auch in der Bevölkerung Akzeptanz

- Bioethik ist als Bereichsethik eine Subdisziplin der vielfältigen und umfassenden angewandten Ethik
 - o keine ethische Orientierung für Biologen

- vielmehr Versuch, generelle moralische Prinzipien für einen besonderen Bereich anwendbar zu machen und zur Geltung zu bringen
- => Thema der Bioethik: begründete Stellungnahme zu und moralische Bewertung der Eingriffe in menschliches, tierisches oder pflanzliches Leben
- Aufgabe der Bioethik:
 - kurzfristig: medizinischen Fortschritt zu regeln
 - langfristig: auf den Wohlstand des Menschen ausgerichtet sein
 - auch interdisziplinäre Arbeitsmethoden
- Bioethik als eigenständiges Forschungsgebiet, Begriff inzwischen international eingeführt
- dennoch für viele eine Herausforderung, gewissermaßen ein Reizwort
 - Gründe:
 1. viele bioethische Theorien waren utilitaristische Spezialethiken (Singer)
 2. angelsächsischen Bioethik: bioethisches Denken führte zu Konsens, der unseren Vorstellungen widersprach (Kindermord, aktive Sterbehilfe etc.)
 3. Unbefangenheit, mit der in Angelsachsen über solche Dinge wie Sterbehilfe u.a. diskutiert wurde, stieß bei uns auf Vorbehalt und wurde auch für die philosophische Ethik zum Problem.

2. Bioethik und Menschenbild

- hinter jedem bioethischen Ansatz steht ein bestimmtes Menschenbild
- Medizin und Bioethik hängen eng mit Menschenbildern zusammen
- Menschenbild der Biomedizin ist naturwissenschaftlich geprägt
 - die Menschenwürde wird oft „biologisiert“
 - Hauptanliegen der Biomedizin: Entschlüsselung des menschlichen Genoms
 - Mensch mit seinen emotional-körperlichen Zuständen und seinem sozialen Umfeld wird wahrgenommen unter einem biologisch-genetischen Standpunkt
 - Orientierung an der Analogie von Mensch und Maschine
 - Mensch erscheint in allen Lebenslagen reparabel, durch das Klonen inzwischen sogar herstellbar.
- Chance der Geisteswissenschaft: methodisch anderer Zugang
 - es geht um Wahrheit, d.h. die ethischen Fragestellungen sind Grundfragen der menschlichen Existenz
 - Mensch ist mehr als die Summe seiner Genome oder seiner Biologie
 - Ganzheit ist die Einheit von Verschiedenem
 - primäre Frage: Was ist der Mensch und was kommt ihm als solchem zu?
- interdisziplinärer Dialog: Theologie wird mit konkurrierenden Menschenbildern konfrontiert
 - muß diese realistisch und nüchtern zur Kenntnis und deren Wahrheitsmomente annehmen

- Frage ist letztlich, wie sich das Wohl des Menschen, d.h. ein gelingendes Leben, erreichen läßt und welche Mittel und Wege dafür in Frage kommen
- theologisch: transzendente Seinsbezüge
 - Mensch ist nie nur Objekt oder Summe biologischer Teile
 - Theologie hat die Aufgabe, gegen die Naturwissenschaft zu widersprechen, wenn diese gegen den Menschen und dessen Würde arbeitet, wenn der Mensch ihm bloß als Mittel zum Zweck gilt.

3. Bioethik und Wertpluralismus

- Theologie: Konfrontation mit konkurrierenden Wertorientierungssystemen
- pluralistische Gesellschaft: keinen einheitlichen Wert- und Normenvorstellungen
 - Grundproblem der Moderne: schwindende Gewißheit darüber, was gut und richtig ist
 - Entscheidung wird nicht mehr durch religiöse oder soziale Netze abgenommen
- Differenzierung und Pluralisierung von Lebensstilen und –lagen muß auch in der Bioethik ernst genommen werden
 - angemessene Differenzierung der Moral ist schwierig
 - wer oder was bestimmt die pluralistische Moral?
 - eine (nur relative) Antwort: gute Sitten, d.h. das, was von den allermeisten denkenden Wesen als gut empfunden wird
- Kirche hat Wahrheitsanspruch
 - ihre Moral kann nicht ohne weiteres dem Zeitgeist angepaßt werden
 - Theologie kann nur Angebote zur sittlich-ethischen Praxis machen
 - für Christen Gewissenspflicht
 - für andere Menschen bloße Präferenz
- christliche Moral nimmt keine Verantwortung ab, sie gibt nur Ratschläge zur Entscheidungsfindung

4. Menschenwürde als regulatives Prinzip

- Menschenwürde ist der allgemeinste Nenner der Humanität
- an der Menschenwürde muß alles menschliche Handeln gemessen werden (GG Art. 1)
 - GG garantiert Unverfügbarkeit, Schutz und Wohl des Menschen
- Kern der theologischen Begründung der Menschenwürde liegt in der Gottebenbildlichkeit des Menschen (imago dei)
 - Grund und Ziel des Menschen liegen also nicht in ihm selbst

5. Bioethische Ansätze und Orientierungsmethoden

- moralische Grundlage der Bioethik = Frage, wem unsere moralische Rücksichtnahme gilt
 - wer wird in den moralischen Schutzbereich aufgenommen?

- zur Beantwortung dieser Frage gibt es 4 Ansätze:
 1. **anthropozentrisch**
 - nur der Mensch hat einen eigenen Wert
 - Naturschutz ist ein abgeleiteter Wert, insofern er in Bezug zum Menschen steht
 2. **pathozentrisch**
 - alle leidensfähigen Wesen haben einen Eigenwert und sind moralisch zu berücksichtigen
 - sie haben auch bestimmte Rechte
 3. **biozentrisch**
 - alles Leben hat einen Eigenwert
 - Wertabstufungen zwischen den Arten
 4. **holistisch**
 - auch unbelebte Natur ist um ihrer selbst willen moralisch zu berücksichtigen
 - Bsp.: Klaus Meyer Abich
 - spricht von „Mitwelt“ statt von „Umwelt“
 - fordert die Gleichberechtigung aller Natürlichen

- verschiedenen Ansätze nicht vollends befriedigend
- Alternative: integrative Sichtweise
 - ökologisch-aufgeklärte, sog. „**relative Anthropozentrik**“
 - Anthropozentrik wird nicht aufgegeben, sondern relativiert
 - dem Menschen kommt - auch gemäß der Evolutionstheorie - der höchste Rang zu
 - Festhalten am anthropozentrischen Ansatz ist nötig, da der Mensch nur aus seinem Standpunkt als Mensch heraus eine Beziehung zur Welt herstellen kann
 - Imperativ der Schonung von Lebewesen aller Arten, d.h. der gesamten Natur
 - = biblisches Schöpfungsverständnis
 - theologische Erwägungen: Gott als Schöpfer übertrug dem Menschen eine Sonderstellung, da er ihn zur Bewahrung der übrigen Schöpfung beauftragte
 - Herrschaftsauftrag ist nicht absolut
 - Mensch ist für sein Handeln verantwortlich
- relative Anthropozentrik umgeht Schwierigkeiten der anderen Ansätze
 - z.B. Mystifizierung der Natur (biozentrischen) Sichtweise
- relative Anthropozentrik knüpft an die Tradition der abendländischen Werte an
 - sind von grundsätzlich akzeptierbar => prinzipiell konsensfähig
- **Grundsätze** der relativen Anthropozentrik:
 1. Geltungsbereich moralischer Rede ist die gesamte Natur
 - => alles, was ist, hat einen bestimmten Eigenwert
 2. innerhalb dieses Bereiches: graduelle Unterschiede in Bezug auf Rechte und Pflichten

- Grundlage: begründete Kriterien
 - eine Katze hat z.B. ein Recht auf ärztliche Versorgung, eine Spinne nicht
- 3. im Konfliktfall (Rechte Mensch vs. Tier oder Mensch vs. Mensch) sind die Interessen gegeneinander abzuwägen
 - einzelne Interessen dürfen nicht allein deshalb Vorrang haben, weil es Interessen einer bestimmten Spezies sind
 - d.h. allein geschmackliches Interesse am Fleischessen rechtfertigt nicht das Töten von Lebewesen
- in der Reihenfolge der Entscheidungsfindung ist immer von der größtmöglichen Realisierbarkeit auszugehen, sofern sich keine Widersprüche ergeben

II. Zur Methode theologisch-ethischen und naturwissenschaftlichen Forschens

- Gespräch zwischen Ethik und Naturwissenschaft
 - gewisse Grundregeln:
 - hauptsächlichlicher Gegenstand der Naturwissenschaft ist der Mensch
 - hauptsächlichlicher Gegenstand der Theologie ist Gott
 - beide Wissenschaften sagen etwas aus über den Ursprung des Menschen bzw. der Welt
 - beide Wissenschaften haben auch ihre Aussagegrenzen
- Dialog: gegenseitige Grenzüberschreitung
- theologischen Wissenschaften werden heute vor ganz neue Aufgaben gestellt
 - Ergebnisse der empirischen Wissenschaften müssen in die theologische Reflexion miteinbezogen werden
 - moderne Theologie als Dienst am Menschen kann nicht spekulativ bleiben
 - muß weltimmanente Züge haben
- empirischen Wissenschaften sind oft gezwungen, letzte Antworten offen zu lassen
 - an dieser Aussagegrenze beginnen die philosophischen und theologischen Reflexionen (vgl. z.B. Hans-Peter Dürr: Transzendenz und Wissenschaft)
- Gespräch zwischen Natur- und Geisteswissenschaften ist nötig: offener Dialog
 - Voraussetzung: Eindeutigkeit der verwendeten Begriffe
 - „Konvergenzargumentation“ = echte Zusammenschau der Teilerkenntnisse
 - Grundlage: Überzeugung, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile
 - Bsp.: Kardinal Newman
 - Beispiel des Elektrokabels, das aus einer bestimmten Anzahl einzelner Drähte geflochten ist; einzelne Drähte für sich genommen leiten nur schwach, doch zusammen haben sie die Stärke einer Eisenstange
 - => Zusammenschau von Teilerkenntnissen ist wichtig; jede Teilerkenntnis für sich ist schwach, alle Teile zusammen sind stark

- Theologie bzw. Ethik und Naturwissenschaft können in gleichberechtigter Weise in Dialog treten
- Theologie sollte zu diesem Zweck über Grundbegriffe der Naturwissenschaft verfügen - und umgekehrt

EXKURS I: DAS TIER ALS MITGESCHÖPF

- Albert Schweitzer: „Wie die Hausfrau, die die Stube gescheuert hat dafür Sorge trägt, daß die Türe zu ist, damit der Hund nicht hineinkommt und das Werk entstellt, so besorgt sind die Europäer, daß kein Tier in der Ethik herumläuft.“
- inzwischen: Tiere sind Gegenstand der ethischen Reflexion
 - o Tiere haben eigenen Wert
- oft gab es vielfältigen Mißbrauch des Mensch-Tier-Verhältnisses
 - o z.B. künstliche Züchtungen (Kampfhunde), überflüssige Tierversuche, Klonen und Schlachten

- in der Theologie und für Christen ist die Bibel die zentrale Bezugsgröße
 - o teilweise auch für Nichtchristen
- Mensch und Tier gehören als Gottes Geschöpfe zusammen
- Schöpfungsgemeinschaft verdankt sich Gott als dem Schöpfer und Erhalter allen Lebens
- Gen 18,2:
 - o Mensch und Tier sind beide am sechsten Schöpfungstag in denselben Lebensraum geschaffen worden (beide sind „Ackertiere“)
 - o beide sind von Gott gesegnet
 - o beide bekommen Nahrung zugewiesen
- Ex 20,10.23,12:
 - o für Mensch und Tier gilt Ruhe zu halten am Sabbat
- Gen 1,30.2,7:
 - o Menschen und Tiere werden vor der Sintflut gerettet
- Gen 9,12:
 - o Tier ist in den Noah-Bund einbezogen
 - o beide haben dieselbe Sterblichkeit, Zeitlichkeit
 - nicht nur Schöpfungs-, sondern auch Leidensgemeinschaft
- Gen 1,28f:
 - o Herrschaftsauftrag für die Menschen
 - auch über die Tiere
 - => Konflikte sind möglich
 - o unterschiedliche Nahrung
 - falls es Streit gibt, kann Mensch gemäß dem Herrschaftsauftrag entscheiden
 - meint aber keine despotische Herrschaft, eher domestizierende
 - Lebensraumerhaltung für die Tiere
 - Sorge und Führung, nicht Vernichtung
- Gen 3:
 - o Sündenfall: Menschen halten sich nicht an Regeln der von Gott gemachten Welt
- Gen 6,11-13:
 - o => Gewalt nimmt zu; ursprünglich guter Kosmos ist verderbt
- Gen 9,3:
 - o „Alles Lebendige, das sich regt, soll euch zur Nahrung dienen...“
 - dem Menschen wird es erlaubt, Fleisch zu essen (Tiere zu töten)
 - => Konflikt zwischen Mensch und Tier
- Gen 9,4:
 - o Verbot, Blut zu trinken

- an die Stelle des paradiesischen Friedens ist eine zweitbessere Schöpfung getreten
 - o trotzdem bleibt die Schicksalsgemeinschaft mit den Tieren erhalten
 - o Mensch und Tier: Schöpfungs-, Leidens- und Hoffnungsgemeinschaft
- Röm 8,19-21:
 - o die ganze Schöpfung ist der Vergänglichkeit unterworfen...
- grundlegend für die Theologie in Bezug auf das Verhältnis Mensch-Tier:
 - o Mitgeschöpflichkeit
 - Schlagwort v.a. im späten 18. Jh. (Pietismus)
 - o => Nächstenliebe für alle Geschöpfe

- auch das deutsche Tierschutzgesetz spricht von Mitgeschöpflichkeit
- Tierethik wird heute verstanden als Ethik der Mitgeschöpflichkeit
 - o Grundlage: biblisches Konzept
 - Gott ist unser gemeinsamer Gott
 - o diese Ethik leugnet weder den Vorrang der Menschen noch deren Gottebenbildlichkeit
 - ist jedoch nur gegeben, wenn der Mensch in Bezug zu Gott steht
- übt der Mensch im Namen Gottes über andere Geschöpfe Herrschaft aus, kann er dies nur in der Liebe tun, die ihm selbst von Gott entgegenkommt

- der Mensch darf/muß zwar über die Tiere verfügen, er muß sie aber auch achten
 - o = Relativierung
- Verantwortung des Menschen gegenüber der Mitgeschöpfe ist auf Fürsorglichkeit ausgerichtet
 - o gemäß der Vernunft
 - o aufgrund der (Mit)Leidensfähigkeit

- die Würde des Menschen beruht auch auf seinem Verhältnis zu den Tieren
- aktuell: in Bezug auf BSE, MKS usw. wird oft nur mit der Gesundheit der Menschen argumentiert
 - o Befinden der Kreatur spielt kaum eine Rolle
- Tierfeindlichkeit ist schöpfungswidrig
 - o => man wirkt gegen Wesen aus gleicher Schöpfungshand
 - o das Mensch-Tier-Verhältnis ist in jedem Fall verbesserungswürdig!

EXKURS II: DIE BIOETHIKKONVENTION DES EUROPARATES

1. Internationalisierung der Entscheidungsfindung

- Bedrohung der Menschheit nimmt zu
 - o kann nicht mehr durch traditionelle Vorstellungen und Lösungsmuster aufgefangen werden
 - Erosion der traditionellen Moral
 - o deshalb ist es zu begrüßen, daß sich der Europarat zu den Problemen unserer Zeit äußert
- „Übereinkommen über die Menschenrechte und die Biomedizin“
 - o 150 Konventionen zusammengestellt
 - o darunter auch die Menschenrechtskonvention von 1950
 - o Ziel des Übereinkommens = Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der die Aufweichung der ethischen Maßstäbe verhindern soll
 - o nicht auf Europa beschränkt (grundsätzlich kann jeder Staat beitreten)

2. Menschenwürde als Maßstab

- Orientierungsmarke: Menschenwürde und die daraus resultierenden Rechte und Pflichten
 - o Menschenwürde für alle Menschen als Grundlage der Gesellschaft
 - ist unantastbar (GG Art. 1)
 - ethisches Grundanliegen der modernen Welt wird hier zum Ausdruck gebracht: alle Forderungen nach Humanität werden geschützt
 - dieses Anliegen ist von theologisch-ethischer Seite nur zu unterstützen
- seit Kant wird die Menschenwürde durch die Vernunft begründet
- Theologie: Menschenwürde gründet in dem „Ja“, das Gott zu jedem einzelnen Menschen gesprochen hat
 - o Gottebenbildlichkeit des Menschen
- Arbeitsdefinition von Menschenwürde:
 - o Jedem Menschen kommt aufgrund der Tatsache, daß er Mensch ist, ein Achtungsanspruch zu

3. Geschichtliche Stationen

- Bioethikkonvention = Auftragsarbeit der parlamentarischen Versammlung des Europarates
 - o Menschenrechtskonvention sollte erweitert werden
- Entwurf erfuhr in Deutschland zunächst heftige Kritik
 - o aufgrund der „Verbrechen der Medizin“ in der Zeit des Nationalsozialismus reagierte man auf medizinethische Angelegenheiten sensibel
- Oktober 1995: Europarat lehnt Entwurf einstimmig ab
- 1996: erneute Diskussion

- => Anmerkungen verschiedener Verbände; Änderungen im Entwurf
- Kritik bezog sich auf folgende Punkte:
 - Eingriffe in die körperliche Integrität von Personen, die nicht selbst entscheiden können (Kinder, geistig Behinderte, demente Menschen...)
 - Durchführung genetischer Tests
 - Fremdnützige Forschung an entscheidungsfähigen Personen und Embryonen
- neue Fassung:
 - neuer Titel
 - inhaltliche Verbesserungen
 - Juli 1996 Annahme der Konvention (Deutschland dagegen)
 - September 1996 Europäische Kommission lehnt das neue Papier mit Mehrheit ab
 - parlamentarische Versammlung stimmt zu (gegen die deutschen Abgeordneten)
 - Forderung von Verbesserungen
 - Stimmenthaltungen von Deutschland, Polen und Belgien
 - Unterzeichnung: sog. vorläufige Nicht-Unterzeichner, (z.B. Deutschland)
- Deutschland: viele Initiativen zur Verbesserung der Konvention
- Oktober 1997 forderten Bundestagsabgeordnete aus CDU, SPD und Grüne die Überprüfung der Konvention
 - => Zusammenschluß zum „Bündnis der Menschenrechte“
- 1998: Dialog zur Bioethik in Bonn
 - Ergebnis: Abraten von der Unterzeichnung der Konvention
 - => CDU, SPD und FDP fordern die die Regierung zur Unterzeichnung auf
- in Deutschland ist Entscheidung erschwert
 - hier sind einige Maßstäbe höher, andere niedriger angesetzt als in der Konvention
 - ohne Ratifizierung in deutschem Recht kann Konvention keine Geltung erlangen...

4. Zum Inhalt der Konvention *(siehe Blatt)*

- Gegenstand und Ziel der Konvention (Artikel 1): Schutz der Menschenwürde und der Identität aller menschlichen Lebewesen
 - Integrität, Grundrechte, Grundfreiheiten
- Art. 5: Arzt muß nachfragen und über Risiken aufklären (Konsensinformation)
- Art. 9: wenn der Patient zum Zeitpunkt der medizinischen Intervention seine Wünsche nicht äußern kann, sind früher geäußerte Wünsche zu berücksichtigen
- Art. 10: jeder Arzt muß auf Wunsch Auskunft über den eigenen Gesundheitszustand erteilen; Kehrseite: Recht auf Nichtwissen, d.h. der Arzt darf dem Patienten die Wahrheit nicht aufzwingen
- Art. 12: prädiktive genetische Tests sagen voraus, welche Krankheit genetisch in einem Menschen angelegt sind

- Art. 18: Zeugung von Embryonen nur zum Zweck des Forschens wird verboten (Stammzellendiskussion)

5. Strittige Punkte

- Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen
 - o sensibles Thema
 - o deutsches Verbot dieser Forschung erfährt in Konvention eine Aufweichung (Art. 16 und 17)
 - Deutschland:
 - Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn keine einwilligungsfähigen Personen verfügbar sind
 - für Person, an der geforscht wird, darf nur geringes Risiko und minimale Belastung gegeben sein
 - Betreuer oder ein Erziehungsberechtigter müssen einwilligen
 - es darf kein Widerspruch von Seiten des Betroffenen erkennbar sein
- strittig ist auch der Art. 18 (Embryonenforschung)
 - o Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken ist verboten
 - o es wird nicht definiert, was genau „adäquater Schutz des Embryos“ heißt (was Forschung an Embryonen in gewisser Weise rechtfertigt)
- prädiktive Tests
 - o Durchführung nur aus gesundheitlichen Gründen erlaubt
 - o genetische Veränderungen der Embryonen sind grundsätzlich verboten
 - gilt in Deutschland seit 1991 (Embryonenschutzgesetz [ESG])

6. Kritische Bilanz

- bis zur endgültigen Fassung von 1996: positive Entwicklung des Dokuments
 - o wichtige Regeln festgeschrieben
 - o fraglich, ob der Würde des Menschen in allen Bestimmungen Rechnung getragen wird
 - z.B. Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen
- einige wichtige Bereiche ausgeklammert, z.B. Sterbehilfe
- Titel „Bioethikkonvention“ war mißverständlich
 - o es ging nicht um ethische, sondern um rechtliche Übereinkünfte
 - o neuer Titel: „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“.
- insgesamt eher ein „Patchwork-Dokument“ als aus einem Guß
 - o längerer Prozeß bis zur heutigen Gestalt
 - o im Hinblick auf Biologie und Medizin wurden Rahmenbedingungen angehoben und verbessert bzw. neu geschaffen

§ 2 MEDIZIN UND ETHIK IM UBRUCH - MEDIZINISCHE ETHIK

- Frage nach einer sinnvollen und ethisch verantwortbaren medizinischen Praxis
 - o Medizin selbst gerät bei der Suche nach einer Antwort an ihre Grenzen
 - o Frage: wir können viel – dürfen wir alles?
 - o oft sind Entscheidungen nötig, die mit Kategorien des medizinischen Denkens alleine nicht mehr lösbar sind

I. Was ist und was soll medizinische Ethik?

- in allen Kulturen: ethische Überlegungen über das Handeln in der Medizin
- im christlichen Abendland: Hippokrates
 - o 4. Jh. v. Chr.
 - o Schüler des Heraklit
 - o „Corpus Hippocraticum“ (Fragmente über die medizinische Praxis, Philosophie und Ethik)
 - Hippokratischer Eid
 - Spannung zwischen technischem Können und moralischem Sollen
 - muß noch heute vor der Landesärztekammer abgelegt werden
 - 2 Grundpflichten des Arztes:
 1. er soll sich ohne Ansehen der Person für deren Wohl einsetzen (bonum facere)
 2. er darf dem Patienten nicht schaden (nihil nocere)
- der Arzt soll sich nach Hippokrates paternalistisch, d.h. wie ein Vater gegenüber seinen Patienten verhalten
- diese ethischen Grenzen reichen heute nicht mehr aus
- paternalistisches Konzept ergänzt durch **Vertragsmodell**
 - o beschränkt auf Arzt-Patienten-Verhältnis
 - o „informed consent“
 - es geht primär um die (rechtzeitige) Einwilligung des Patienten für das Eingreifen des Arztes
 - Entscheidung des Patienten steht im Mittelpunkt
- Vertragsmodell beinhaltet 4 Prinzipien
 - o an ihnen soll sich medizinische Interaktionen orientieren
 - o utilitaristisch begründbar und pluralistisch konsensfähig
 1. *Autonomie des Patienten*
 2. *Prinzip des Nicht-Schadens*
 3. *Prinzip des Wohlwollens*
 4. *Prinzip der Gerechtigkeit*
- oft wird 5. Prinzip gefordert: *Prinzip der Proportionalität/Verhältnismäßigkeit*
- medizinische Ethik:
 - o = kriterienorientierte Anleitung
 - zur Selbstreflexion des medizinischen Personals
 - und zur Argumentation als Entscheidungs- und Rechtfertigungshilfe

- Mißverständnis: Ethik sei nicht erlernbar
 - o ethisches argumentieren ist ebenso zu erlernen wie auch logisches
 - o die Kunst der ethischen Argumentation sagt allerdings noch nichts über das ethische Verhalten aus...

II. Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität

- Grundbegriffe der Medizin: Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität
 - o müssen geklärt werden
- Medizin der Gegenwart versucht nicht nur, Krankheit zu überwinden
 - o sondern auch die Gesundheit (präventiv) zu erhalten
- Definitionsversuche für **Gesundheit**:
 - a) der Weltgesundheitsorganisation (WHO):
 - Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen)
 - o Def. ist im wissenschaftlichen Kontext unbrauchbar
 - o richtig: Gesundheit ist mehr als die Negation von Krankheit
 - b) im Altertum:
 - Gesundheit ist das „Schweigen der Organe“
 - c) Marquard:
 - Gesundheit ist nicht allein Freiheit von Störungen, sondern die Kraft, mit diesen Störungen leben zu können
- Begriff der Gesundheit ist nur schwer bis gar nicht zu definieren
- auch ein allgemein gültiger Krankheitsbegriff ist noch nicht gefunden
- Definitionsversuche für **Krankheit**:
 - a) Rechtssprechung (Bundessozialgesetz):
 - „Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintreten Handlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“
 - b) Rotschuh:
 - „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen, psychischen oder psychisch-physischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv oder klinisch oder sozial hilfsbedürftig ist.“
 - c) Dietrich v. Engelhardt:
 - „Krankheit ist eine körperliche oder seelische Erscheinung, die vom Patienten/Leidenden, dem Arzt und der Gesellschaft erlebt und beurteilt wird und den Wunsch nach Heilung entstehen läßt.“
- Problem: traditonelle Ansätze betrachten Krankheit nur auf der phänotypischen Ebene
 - o heute kann man fragen, ob jemand mit besonderer genetischer Veranlagung als krank zu bezeichnen ist...
- Krankheit ist auch ein gesellschaftliches Phänomen

- dem Kranken wird von der Gesellschaft eine Krankenrolle zuerkannt
- => Rechte und Pflichten:
 - 1) Befreiung von täglichen Verpflichtungen
 - 2) Befreiung von Verantwortung für den kranken Zustand
 - 3) Verpflichtung, gesund werden zu wollen
 - 4) Verpflichtung, fachmännische Hilfe aufzusuchen
- Begriff **Lebensqualität**: keine abschließende Definition
 - Lebensqualität ist bestimmt durch körperliches, geistiges und seelisches Befinden und das soziale Umfeld
 - 4 Lebensqualitätsdimensionen (individuell-subjektiv wahrzunehmen)
 1. *Physische Dimension*: Mobilität, Aktivitäten des Lebens, bestimmte Funktionsparameter, Schmerzfreiheit...
 2. *Psychische Dimension*: Wohlbefinden, emotionaler Zustand (Depression, Angst, Streß, Freude...)
 3. *Soziale Dimension*: Beziehungen, finanzielle, ökonomische und arbeitsweltliche Aspekte
 4. *Spirituelle Dimension*: Vorstellungen vom Lebenssinn, Ziele und Werte, Glaube, Religion
- 3 Methoden der medizinischen Praxis zur Feststellung von Lebensqualität:
 - Feststellung durch den Arzt
 - Feststellung durch den Patienten
 - Feststellung durch Arzt und Patient gemeinsam (= ethisch und medizinische die beste Lösung)
- es geht darum, was medizinisch und subjektiv am besten für den Patienten ist
- heterologe Beurteilung (von außen) über die Lebensqualität von Menschen darf nicht sein

III. Die ärztliche Behandlung – Das Arzt-Patient-Verhältnis

- erste Begegnung zwischen Arzt und Patient: in der Praxis des Arztes
- Auftraggeber: Patient
 - erwartet vom Arzt, daß er ihn als kranken Menschen ernst nimmt, ihn unterstützt und ihm fachlich fundierte Hilfe leistet
- 2 Arten der Handlungsentscheidung bzw. Behandlung des Patienten:
 - 1) *monologisch*:
 - Arzt ist als Fachmann der Handelnde und entscheidet über Therapie
 - Patient ist mehr Objekt, bleibt passiv
 - die Krankheit ist eine Entgleisung, die „repariert“ werden kann
 - Patient wird nicht als leidender Kranke angenommen, sondern wie eine reparaturbedürftige Maschine behandelt
 - „Medizin ohne Sprache“
 - 2) *dialogisch*:
 - im Dialog wird Sinn einer bestimmten Therapie/Maßnahme gemeinsam erschlossen
 - beide können ihre je eigene Situation einbringen
 - Arzt bindet die Krankheit in die Lebenswelt des Patienten ein (verstehen statt reparieren)

- partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Absprachen usw. wird möglich
- kranker Mensch wird als mündiger Patient behandelt, er übernimmt anteilmäßig die Verantwortung
- trotz offensichtlicher Nachteile halten noch viele Ärzte an der monologischen Handlungsentscheidung fest
 - betrachten sich oft selbst als „Halbgötter in Weiß“
- erwiesen: therapeutische Beziehung gestaltet die Krankheit mit
 - Arzt ist selbst ein Heilmittel (M. Bolint)

§ 3 WAS IST UND WANN BEGINNT MENSCHLICHES LEBEN?

- Kernsatz der Ethik Albert Schweitzers:
 - o „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.“
 - o allem Willen zum Leben ist dieselbe Ehrfurcht entgegenzubringen wie dem eigenen (vgl. Albert Schweitzer: Kultur und Ethik, München 1960, S. 330f)
- aber: was ist Leben überhaupt?

I. Was ist Leben überhaupt?

- allgemeine Kriterien lebendiger Organismen:
 - o Stoffwechsel (Bewegung)
 - o Fortpflanzung
 - o Reizbarkeit
 - o Energieverbrauch
- Pflanzen, Tiere und Menschen sind also lebend
 - o es gibt auch unbelebte Materie
 - „militante“ Christen betonen dies
 - aber: Gottes Wirken setzt nicht erst beim Leben an
 - Schleiermacher: Grenzbereiche zwischen toter Materie und belebter Natur
 - z.B. sprudelnde Quelle: „lebendig“ als häufiges Attribut, aber: unbelebte Materie
- wesentliche Ausdrucksformen und Erscheinungsweisen des Lebens:
 1. *Gestaltetheit*
 - findet sich nur in individuellen, ganz bestimmt geformten Organismen
 - Aufbau ist stufenweise gegliedert
 - Organismen → Organe → Gewebe → Zellen → Zellorgane (z.B. Membrane) → Makromolekulare Substanzen (z.B. Proteine) → organische Kleinmoleküle
 2. *Selbsttätigkeit*
 - innerer Drang und Fähigkeit zur Aktivität, die nicht von außen erzwungen wird
 - Lebewesen erhält sich selbst
 - = Teleologie/Zielstrebigkeit des Organismus
 - Weg selbst (das Leben) ist das Ziel
 - Regulationsfähigkeit, d.h. Organismus kann sich auf veränderte Lebensbedingungen einstellen
 3. *Planmäßigkeit*
 - Lebenslauf des Organismus folgt einem Plan, der ihm gewissermaßen „einprogrammiert“ ist
 - für Handlungen und Entwicklungen existieren „Baupläne“
 - Werdeplan, Funktionsplan, Verhaltensplan
 4. *Artgemäßheit*
 - Organismen tauchen in zahlreichen Exemplaren auf
 - sind sich Exemplare ähnlich, gehören sie zu einer Gattung
 - Exemplare tauchen in einer Art in zwei Ausprägungen auf: männlich und weiblich

- der Lebensplan ist konstitutiv für die biologischen Art
- 5. *Fortpflanzungsfähigkeit*
 - Fortpflanzung beschränkt sich i.d.R. auf die eigene Art
 - biologisches Erbgut wird weitergegeben
- Lebend sind also:
 - Erbsubstanz und Eiweiß enthaltende Organismen, die sich selbständig vermehren können, mit Stoffwechsel ausgestattet sind und Energie verbrauchen
- Viren befinden sich im Grenzbereich zwischen belebter und unbelebter Natur

[Die Entwicklung des Lebens beim Menschen:

- 1. Stufe: **Befruchtung**
 - 2. Stufe: **identische Reduplikation der Erbsubstanz**
 - Bakterie = 1 Zelle
 - Mensch = viele Mio. Zellen
 - Zelle = Zellplasma + Zellkern
 - Zellkern: Träger der Gene; hier: Chromosomen
 - = Bündel feiner Strukturen (= Nukleinsäuren)
 - DNS = Erbsubstanz
 - DNS-Aufbau gleicht einer Leiter
 - DNS-Synthese: Trennung von 2 Einzelsträngen, an denen sich je passend ein neuer Strang zu einer neuen Leiter bildet
 - jede Art besitzt einen spezifischen Chromosomensatz
 - Mensch = 64
 - bei Zellteilung bilden Chromosomen Schwesternchromatiden
- 3. Stufe: **Keimbahnzellenentwicklung**
 - Entwicklung der Keimzellen beginnt mit der embryonalen Phase und dauert bis ins Erwachsenenalter
 - unterschiedliche Entwicklung bei Mann und Frau
 - männlich: Spermatogenese
 - weiblich: Oogenese (?)
- 4. Stufe: **Reifeteilung (Meiose)**
 - = Zellteilungen in der Keimzellenentwicklung
 - Erbanlagen werden neu geordnet
 - Chromosomenanzahl wird auf die Hälfte reduziert
 - männlich: Reifeteilung während des gesamten Lebens, dauert insgesamt nur wenige Wochen
 - weiblich: Meiose der gesamten Eizellen gleich zu Anfang]

II. Wann beginnt das menschliche Leben? <i>(siehe Blatt)</i>
--

1. Die Befruchtung (Fertilisation)

- geschieht, sobald lebensfähige Spermien zur Eizelle gelangen
- vorher: Empfängnis durch Beischlaf (ach)
- Spermien erreichen den oberen Teil der Eileiter
 - dort stehen Eizellen zur Verfügung
- Befruchtungsfähigkeit
 - der Samenzellen: 2-3 Tage
 - der Eizellen: 12-24 Stunden
- Zusammentreffen geschieht bei engem Kontakt der Spermien mit der Eizelle
 - meist dringt nur ein Sperma ein
 - Abschluß der Reifeteilung der Eizellen

- Entwicklung der beiden Kernpole
 - o Vereinigung führt zur Zygote
 - o Zellteilung kann nun stattfinden

2. Die Entwicklung des Embryos im Uterus

- ein Embryo ist KEIN unempfindsames, dumpfes Etwas!
 - o sondern: hochdifferenziertes menschliches Wesen!!
- neue Forschungsergebnisse zeigen:
 - o Embryonen verfügen über ZNS, Hormone und Neurotransmitter (Synapsen)
- in den letzten Jahren entstanden neue Forschungsgebiete (Embryologie)
- bis vor wenigen Jahren glaubte man, der Embryo durchlaufe in seiner Entwicklung tierähnliche Stadien
 - o moderne Forschung widerlegt diese Vorstellung
 - Bleichschmitt: „Der Mensch wird nicht Mensch, sondern ist Mensch und verhält sich von Anfang an als solcher, und zwar in jeder Phase seiner Entwicklung.“
- **1. Phase** (1.-8. Schwangerschaftswoche [SSW]):
 - o man spricht noch vom Embryo
 - griech. „embroyon“ = Neugeborenes
 - o Leben beginnt, wenn reife Eizelle mit Samenzelle verschmilzt
 - darauf folgt Entwicklung, die mit Tod endet
 - Geburt = ein Übergang in dieser Entwicklung
 - o in den ersten 6 Tagen erfolgt die Nidation in der Gebärmutter
 - 6.-12. Tag: Anschluß an mütterlichen Stoffwechsel
 - => Embryo nimmt schon an allem der Mutter teil
 - o Gefühle, Hormone etc.
 - o spürt die „Signale“ des mütterlichen Körpers
 - o 2 Umhüllungen:
 - Fruchtblase (mit Fruchtwasser)
 - Chorion (= zottige Hülle)
 - wird später mit Gebärmutter zum Mutterkuchen (Plazenta)
 - o in der 3. Lebenswoche: dramatische Entwicklung
 - 15. Tag: Blutgefäße entstehen
 - 21. Tag: Herz beginnt zu arbeiten
 - frühester Zeitpunkt, an dem die Mutter sich untersuchen läßt
 - o 7. Woche: Gehirn bildet erste Kontaktstellen (Synapsen), die Informationen zu den Nervenzellen weitergibt
 - vielfältige, netzartige Verbindungen im Gehirn
 - = erste Voraussetzung für Wahrnehmung und Erfahrung
 - o im ersten Wachstum entwickeln sich Herz und Gehirn besonders schnell
 - o alles, was neu entsteht, wird sofort genutzt
 - o 28. Tag: Armknospen, die innerhalb weniger Tage zu Armen werden
- **2. Phase** (9.-22. SSW):
 - o man spricht vom Fötus/Fetus (lat.: das Gezeugte)

- Hände nähern sich dem Mund („Daumenlutschen“)
- Beine entwickeln sich analog der Arme
- Einknicken der Arme an den späteren Gelenken
 - Vorstufe der Bewegung
- Fötus ist körperlich ganz ausgebildet
 - nun bilden sich erste Sinne
 - Geschmack, Gleichgewicht
 - weitere Entwicklung im Bereich der Bewegung und Empfindsamkeit
 - ab 10. SSW: Fähigkeiten des Kindes werden stärker durch die Umwelt beeinflusst; Tastsinn bildet sich aus (Berührungen sind wichtig); Gleichgewichtssinn entsteht (kann Purzelbäume schon vor der 12. Woche schlagen)
- alle Sinne arbeiten schon im Mutterleib
- Bewegung ist eine der frühesten Fähigkeiten des Kindes
 - wichtig für spätere Entwicklung
- innere Eigenregulation des Kindes, d.h. es kann das Verhalten der Mutter ausgleichen
 - allerdings nicht vollständig
 - machtlos bei: Sauerstoffmangel im Gehirn (z.B. durch Rauchen angeregt) und Krankheitserregern
- Kind reagiert auf die Hormonausschüttung der Mutter
 - wenn die Mutter das Kind freudig erwartet, geht die Geburt oft unkompliziert von statten; die Kinder werden ausgeglichener
 - nicht zwangsläufig
- die Geburt selbst wird ausgelöst über eine Hormonausschüttung an die Plazenta

III. Wann beginnt individuelles menschliches Leben?

1. Einige Daten

- Biologie und Embryologie der jeweiligen Zeit bestimmen die Sicht des Lebens
- traditionelle Antworten auf die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens resultieren aus begrenzten wissenschaftlichen Erkenntnissen
- 1944: Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle wird erstmals beobachtet
 - Embryologie: sehr junge Wissenschaft
- vor der Erfindung des Mikroskops:
 - Wissenschaftler interessieren sich für Beginn des Lebens, sind jedoch auf Spekulation angewiesen
 - *Aristoteles*
 - 4. Jh. v. Chr.
 - schloß aus Beobachtung eines Kükenembryos, daß der menschliche Embryo durch die Beimischung von männlicher Samenflüssigkeit zum Menstrualblut der Frau entsteht
 - Entwicklung des Embryos (Substanz) hängt demnach von der Mutter ab; Leben allerdings sei im Samen enthalten
 - *Claudius Galen*
 - 129-199 Arzt in Rom
 - seine Erklärung hielt sich 500 Jahre lang

- Theorie des „emboitement“: weiblicher Samen enthalte kleine Embryonen, denen der männliche Samen dann zum Wachstum ver helfe und so den Embryo zum individuellen Leben erwecke
- *Anton v. Leeuwenhoek*
 - beobachtet 1677 erstmals Spermien mit dem Mikroskop
 - dachte, Samen enthalte kleine menschliche Wesen
 - man konnte sich die Rolle des Spermias bei der Zeugung nicht erklären
- 1839 Entdeckung: jeder Organismus besteht aus Zellen, der Embryo entwickelt sich aus einer einzigen Zelle
- 1878 Entdeckung der Chromosomen als Träger der Erbinformation
- 1946 (!) Entdeckung, daß eine Embryonalzelle 46 Chromosomen enthält

- Äußerungen der Philosophie zum menschlichen Leben immer abhängig von den Erkenntnissen der jeweils gegenwärtigen Naturwissenschaft
- Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens ist durch die aufkommende Embryologie wieder in den Vordergrund getreten
 - gegenwärtige Forschung kennt 6 verschiedene Theorien zum Beginn des menschlichen Lebens:

1) Verschmelzung der Keimzellen

- nach der Verschmelzung entsteht völlig neue biologische Realität; eigenes Steuersystem; volles individuelles Leben
- Entwicklung des neuen Wesens ist durch die ihm eigenen Gene bestimmt
- Position mutet radikal an
 - aber: in der weiteren Entwicklung gibt es keinen derart scharfen Einschnitt mehr
 - auch wenn ein im Labor erzeugter Embryo einen Mutterleib zum Überleben braucht, sind mit der Verschmelzung alle Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Lebensprozeß enthalten
- = Konjunktionstheorie (E. Blechschmidt)

2) Abschluß der Nidation/Einnistung in Gebärmutter Schleimhaut (5.-9. Tag)

- erst bei Nidation stellt sich der mütterliche Organismus auf die Versorgung des Embryos ein
- Position schein gesamtgesellschaftlich akzeptiert
 - sog. Nidationshemmer (Spirale, „Pille danach“) sind nicht verboten
- Einwände:
 - nur 1-2% der Geburten sind Mehrlingsgeburten (eher Ausnahme)
 - warum soll einem Organismus, der sich zu Mehrlingen entwickeln kann, weniger Schutz gelten?
 - Nobelpreisträgerin Nusslein-Volhard: hormonelle Umstellung der Mutter beginnt schon vor der Nidation (ist schon Mutter-Kind-Beziehung)

- wenn eine Frau merkt, daß sie schwanger ist (und sich evtl. zur Abtreibung entschließt), ist die Nidation schon längst abgeschlossen

3) Ende der Möglichkeit der Mehrlingsbildung (ab dem 13. Tag)

- bis zum 16teiligen Zellstadium ist jede Zelle totipotent und kann sich zu einem vollständigen Organismus entwickeln => kein individuelles menschliches Leben
- Hintergrund: Überlegung, daß ein Individuum nicht in mehrere Personen geteilt werden kann
- aber: Individualität (ungeteilt) \neq Singularität (unteilbar)
- eine Teilung kann schon vor dem 13. Tag unbemerkt stattfinden

4) Entwicklung des Gehirns (3. Monat)

- Voraussetzung: Anfang und Ende der Gehirntätigkeit = Anfang und Ende des Lebens
- Tod = Hirntod
- aber: Anfang und Ende der Hirntätigkeit können nicht vollständig parallel betrachtet werden
 - nach dem Ende der Hirntätigkeit ist ein Mensch definitiv tot (Potential für Hirntätigkeit ist weg)
 - aber ein Embryo ist schon vor Beginn seiner Hirntätigkeit lebendig (Potential für Hirntätigkeit ist da)

5) Ende der Schwangerschaft (Geburt)

- erst nach der Geburt erfährt das Kind Annahme in der Gesellschaft
- Mensch verwirklicht sich erst in Beziehungen zu anderen
- Einwände:
 - für Menschen sind Beziehungen zwar ein wichtiges Element des Lebensvollzugs, aber man kann davon nicht die Definition des Lebens ableiten
 - was wäre dann mit Menschen, denen es nicht möglich ist Beziehungen zu führen (z.B. Caspar Hauser?)
- Philosophie und Theologie sind sich einig, daß dem Menschen Leben von Natur aus zukommt und sich nicht erst über Beziehungen konstituiert

6) während der ersten Lebensjahre (Selbstbewußtsein und freier Entscheidungswille)

- Peter Singer
- weder beim Embryo noch beim Kleinkind ist Selbstbewußtsein vorhanden ist
- Bild des Menschen: wird hier auf aktuellen Besitz von geistigen Fähigkeiten verkürzt

- Philosophie und Theologie: ausschlaggebend ist die Potentialität
 - ansonsten gäbe es keinen Unterschied zwischen Schlafenden, Bewußtlosen und Toten
- Klugheitsregel aus der Ethik
 - v.a. in Fragen des Lebens (und theologisch: des Seelenheils) angebracht
 - **Tutorismus:**
 - von griech. tutos = sicher
 - in moralischen Fragen immer die sicherste Alternative wählen
 - alles andere wäre Willkür
 - bezüglich des Beginns des menschlichen Lebens:
 - Position 1
 - von allen Kirchen vertreten
 - „Gott als Freund des Lebens“
- Frage nach dem Lebensbeginn eines geklonten Menschen
 - bleibt auch unter Einbeziehung dieser Position problematisch
 - beim Klonen treffen nicht Samen- und Eizelle mit je 23 Chromosomen zusammen
 - sondern ein vollständiger Chromosomensatz mit 46 Chromosomen wird mit einer Eizelle verbunden
- letztlich ist Beginn des individuellen Lebens nicht eindeutig zu entscheiden
- Kirche:
 - kann nicht eindeutig Stellung beziehen im Sinne eines Dogmas
 - Instruktion „Donum Vitae“ (1987)
 - Hinweis, daß die Seelenempfangnis schon mit der Empfängnis, d.h. im Moment der Verbindung von Ei- und Samenzelle, stattfindet
 - Zeitpunkt der Befruchtung = Zeitpunkt der Beseelung
 - vor diesem Hintergrund wird der SA radikal abgelehnt
- Diskussion über den moralischen Status des Embryos
 - Frage nach dem Grund seiner Schutzwürdigkeit
 - 2 verschiedene Standpunkte:
 - 1) *Absoluter / substantieller Lebensschutz*
 - Unantastbarkeit der Menschenwürde
 - ist nicht mit anderen Gütern verrechenbar, auch nicht mit der Freiheit der Wissenschaft
 - 2) *relativer / prozentualer Lebensschutz*
 - Menschenwürde wird erst im Laufe des Lebens erworben
- Kirchen vertreten auch hier die 1. Position und lehnen die 2. ab
- politisch gibt es in keiner Partei eine eindeutige Meinung zu dieser Problematik

§ 4 SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH (SA) ALS INDIVIDUELLES UND GESELLSCHAFTLICHES PROBLEM

- 2001 wurden 134 955 (!) Schwangerschaften abgebrochen
 - o gegenüber 2000 ein Anstieg um 0,3%
 - o bei Minderjährigen ist Abtreibungsrate gegenüber 2000 in 2001 um 20% angestiegen
- die meisten Abbrüche erfolgten operativ
- in 600 Fällen wurde die Abtreibungspille „Mifegyne“ (RU486) verwendet
 - o 44% mehr als in 2000

I. Die Dringlichkeit der erneuten Diskussion

- Moralthologie und Kirche haben in der Frage des SAes eine Mitverantwortung
 - o müssen ihre Position überdenken und anderen einsichtig machen
- viele Frauen erfahren Schwangerschaft und Kindererziehung als eine Last
 - o kann quer zu allen Lebensplänen stehen
- Aufgaben der Kirche:
 - o ungeborenes Leben schützen
 - o Frauen, die durch eine Schwangerschaft in Bedrängnis geraten, helfen
- „Boom“ der Abtreibung ist ein gesellschaftliches Phänomen unter vielen
- gesellschaftliche Hintergründe des SAs:
 - o Leben scheint planbar und verfügbar geworden zu sein
 - Errungenschaften der Intensivmedizin
 - Leben kann manipulativ beeinflusst und im Reagenzglas gezeugt, der Tod kann sehr lange hinaus gezögert werden
 - Möglichkeit der Verzweckung des Lebens: Forschung ist am Wohl der Gesellschaft interessiert
 - derjenige, der krank ist, stört das „gesunde“ Bild (vgl. A. Huxley: Schöne neue Welt)
- Mentalität des Machens (Leben und Tod kann „gemacht“ werden)
 - o => Mentalität des Wegmachens (Abtreibung)
 - o religiöse Begründungsbasis dagegen ist weggefallen
- Spaßgesellschaft:
 - o Mündigkeit und Selbstverantwortung als höchste Werte
 - o Bereitschaft, Leben (auch ungewolltes) als Geschenk und Schicksal anzunehmen, ist gesunken
 - o niedrige Meßlatte für das Ertragen von Unvorhersehbaren und Unzumutbarem
- Leben ist nicht vollständig planbar!
 - o => eine ungewollte Schwangerschaft führt zum Konflikt
- Zumutbarkeit des Schicksals ist von lebensgeschichtlichen Faktoren abhängig
 - o Kriterien hierfür können aber nie hinreichende Legitimation sein, die Würde eines anderen Menschen nicht mehr zu achten
 - kritische Funktion der Kirche
 - o Ps 68,20: Belastungssituationen fördern die menschliche Reife
 - o Volksmund: Gute Erfahrungen machen uns reicher, schlechte Erfahrungen machen uns reifer

II. Die biologisch-anthropologische Seite des Problems

1. Zur Terminologie

a) *Abtreibung / Aboruts*

- = jeder Eingriff im Zeitraum zwischen Empfängnis und Geburt, der das menschliche Leben vernichtet
- Begriff v.a. von Theologen und Gegnern des Abbruchs verwendet

b) *Schwangerschaftsunterbrechung*

- Begriff ist sachlich unrichtig: eine Schwangerschaft kann nicht einfach unterbrochen und später fortgesetzt werden
- sprachliche Irreführung, Euphemismus

c) *Schwangerschaftsabbruch (SA)*

- neutraler, aber verharmlosender Begriff
- es wird nicht deutlich, daß es um eine Tötung geht
- trotzdem bester Begriff für die Diskussion (keine Qualifizierung)

2. Die Durchführung eines Abbruchs

a) **Abtreibungsmittel und Gifte**

- weniger von Ärzten als von Laien benutzt
- orale oder vaginale Benutzung (als Seifen- oder Salzlösung)
- keine Garantie für die erwünschte Wirkung
- großes Nebenwirkungsrisiko (Blutungen, Embolie)
- keine Kontraktion der Gebärmutter, nur die Auflösung der Leibesfrucht (Fehlgeburt)

b) **der vom Arzt vorgenommene Abbruch**

- operativ oder pharmakologisch (medikamentös)
- Methode hängt von der Größe des Embryos ab
 - o *operative Methode in der frühen Schwangerschaft*
 - Ziel: Kopf aus der Gebärmutter zu entfernen
 - o *operative Methode bis zur 6. SSW (post menstruatio)*
 - keine Narkose
 - in 2 von 3 Fällen erfolgreich
 - mit einer Plastikkanüle wird Leibesfrucht abgesaugt
 - verniedlichend: „Menstruationsregulierung“
 - nach Absaugung stellt sich der Hormonhaushalt wieder um, als hätte keine Einnistung stattgefunden
 - Gefahren: Blutungen; Durchstoßen der Gebärmutterwand
 - o *operative Methode von der 7. bis zur 12. SSW*
 - bis zur 12. SSW ist die Abtreibung gesetzlich erlaubt
 - Erweiterung des Gebärmutterhalses unter Narkose
 - Embryo wird mitsamt der Nachgeburt abgesaugt
 - Komplikationen möglich, jedoch relativ geringe Risiken
 - Gefährlicher: Ausschaben bei instrumenteller Abtreibung

- *operative / medikamentöse Methode ab der 13. SSW*
 - nur legal bei medizinischer Indikation
 - d.h. wenn das Leben des Kindes oder das Leben der Mutter gefährdet sind
 - Ziel: Entfernung des Kindes aus der Plazenta
 - alle 3 Stunden: vaginale Einnahme von Prostaglandin
 - verursacht Gebärmutterkontraktionen
 - keine Vollnarkose, sondern schmerzlindernde Rückenmarksnarkose
 - durch Infusion mit Prostaglandin werden medikamentöse Wehen herbeigeführt
 - schließlich: Geburt des schon abgestorbenen Kindes mitsamt der Nachgeburt
 - anschließend: Ausschabung ist nötig, damit keine Reste im Mutterleib zurückbleiben
 - Methode ist sowohl für das Personal als auch für die Mutter belastend, da das Kind u.U. auch lebendig zur Welt kommen kann
 - psychisch schonender wäre ein Kaiserschnitt, der aber operativ belastender ist

- bekannteste pharmakologische Methode:
 - **Abtreibung mit RU486**
 - ≠ „Pille danach“, die nur Einnistung verhindert
 - Geschichte der Pille RU486:
 - Namen: von frz. Pharmaunternehmen „Roussel Uclaf“ + Seriennummer des entscheidenden Moleküls
 - April 1980: Herstellung eines sog. „Steroidhormons“
 - heute im Handel: Mifegyne oder Mifeprystal
 - 1981: Wissenschaftler Baulien publiziert erste Ergebnisse einer Versuchsreihe, bei der 9 von 8 Frauen erfolgreich mit RU486 abgetrieben haben
 - ab 1988 wurde RU486 in Frankreich als Alternative zur operativen Methode erlaubt (bis zum 49. Tag post menstruatio)
 - in Großbritannien bis zum 63. Tag (9. Woche)
 - in Deutschland bis zum 49. Tag (7. Woche)
 - 1996 beschloß die Europäische Arzneimittelagentur in London die zentrale Zulassung des Mittels für die EU
 - seit 1999 auch im deutschen Handel
 - anfangs war Mittel in Deutschland unbeliebt
 - Arzt verdient nur ca. 150 € an einer RU486-Abtreibung
 - Pille selbst kostet ca. 180 € (muß vom Arzt bezahlt werden, da nicht in Apotheken erhältlich)
 - Vergleich: bei einem chirurgischen Abbruch verdient der Arzt zwischen 250 und 400 €
 - Firma Exelgyn hat Eigentumsrechte; stellt Bedingungen für die Zulassung des Präparats:
 - Nachvollziehbarkeit jeder einzelnen Packung
 - Legalität der Abtreibung

- Akzeptanz in der Bevölkerung
- strenge ärztliche Betreuung und Kontrolle des Patienten
- Behandlung:
 - RU486 = synthetisches Hormon, das die Wirkung des schwangerschaftserhaltenden Hormons Progesteron auflöst
 - Frucht wird durch Wehentätigkeit ausgestoßen
 - mindestens 4 Arztbesuche notwendig
 - gynäkologische Voruntersuchung
 - innerhalb von 3 Tagen müssen 3 Pillen unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden
 - anschließend Verabreichung des Prostagladin (erhöht Abstoßungsrate)
 - anschließend wird innerhalb von 6 Stunden der Embryo abgestoßen
 - danach: 3 Tage ärztlicher Aufsicht
 - nach 2 Wochen: ärztliche Abschlußuntersuchung
 - u.U. operative Nachbehandlung (falls nicht die ganze Leibesfrucht abgestoßen wurde)
- aus medizinischen Gründen dürfen folgende Frauen nicht mit RU486 abtreiben:
 - Schwangere über 35, starke Raucherinnen, Allergikerinnen, Asthmatikerinnen, Epileptikerinnen, Frauen mit Nierenleiden, Frauen mit Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Problemen oder mit Magen-Darm-Leber-Störungen
- irreführende Behauptung, RU486 sei die schonendere Methode der Abtreibung
 - Mittel selbst führt nur in 60% der Fälle allein die abtreibende Wirkung herbei
 - deshalb: immer in Verbindung mit Prostagladin verwendet (=> 97% Erfolgsquote)
 - Nebenwirkungen: Gebärmutterblutungen, Herzinfarkt, bisher ein Todesfall
 - psychische Belastung
 - mit RU486 höher als bei einem chirurgischen Abbruch
 - Frau wirkt aktiv am Abbruch mit durch die Einnahme der Tablette
 - Verantwortung nicht nur im Sinne der Entscheidung, sondern auch des Tuns („Mittäterschaft“)
 - Schuldgefühle können im Nachhinein nicht auf den abtreibenden Arzt allein projiziert werden
 - gerade die 3 Tage zwischen Pilleneinnahme und Abstoßung können psychisch sehr belastend sein (kein Zurück)

- zwar Verkürzung der Krisenzeit im Vergleich zur operativen Abtreibung, jedoch fehlt eine Zeit des Überdenkens der Entscheidung.
 - Pflichtberatung zum SA muß laut Gesetz auch bei RU486 in Anspruch genommen werden
 - dennoch Gefahr, daß die Entscheidung in den 3 Tagen zwischen Tabletteneinnahme und Abstoßung bereut wird
 - Darreichungsform als Pille:
 - wirkt sich negativ auf das ethische Bewußtsein aus
 - heute scheint es gegen alles eine Pille zu geben - auch gegen Kinder... (als sei ein Kind eine medikamentös zu behandelnde Krankheit)
 - verantwortungsvolle Familienplanung rückt in den Hintergrund
 - Grenze zwischen Verhütung und Abtreibung wird künftig wohl noch mehr dynamisiert werden. Die „Pille“ als Verhütungsmittel wird kaum noch von der „Pille danach“ unterschieden. Beides wird als eine Art Medikament angesehen – doch was ist die „Krankheit“? Kardinal Meißner bezeichnete RU486 auch als „Mord- oder Tötungspille“, um zu verdeutlichen, daß es sich nicht um ein Medikament handelt.
 - Methodenfrage der Abtreibung rückt wieder in den Vordergrund
 - als sei dies das Entscheidende!
 - eigentliches Problem: eine Pille befreit nicht davon, daß Abtreibung Tötung menschlichen Lebens ist
 - Kirche ist nach wie vor gegen die Einführung von RU486 und der „Pille danach“
 - besser: Voraussetzungen schaffen, die eine Abtreibung verhindern können
 - z.B. in Bezug auf die Arbeitsmarktsituation (weder Druck des Arbeitgebers noch des Partners dürfen Kriterium zur Entscheidungsfindung sein)
- „Unfälle“ bei SAs:
- selten Todesfälle
 - bei illegalen Abtreibungen („Engelmacherinnen“) häufiger organische Schäden:
 - Sterilität der Frau
 - Komplikationen bei späteren Schwangerschaften
 - neurotische Störungen (psychische Folgen sollten nicht unterschätzt werden: Depressionen, Schuldgefühle)

- Psychoanalytiker Peter Petersen beschreibt 4 *Bewältigungsstrategien* nach einer Abtreibung (die nicht zwingend nacheinander ablaufen müssen):

1) *Normalpsychologische Bewältigung*

- ca. 60-80% der Frauen
- Abbruch = Entlastung, da das Kind nun endlich weg ist
- psychisch symptomlos.
- geringer Teil: seelische Störungen
 - 4-10% über längere Zeit
 - 10-27% leichtere Störungen, die vorübergehen
 - manchmal: nach anfänglicher Hochstimmung kommen Depressionen erst Tage oder Wochen nach dem SA (Schuldgefühle und Schuldvorwürfen gegen den Partner)

2) *Durchbruch destruktiver Tiefenerlebnisse*

- Panik, Angst, emotionales Chaos, Verzweiflung, psychischer Schmerz

3) *Akzeptieren individueller Verantwortung und existentieller Wirklichkeit*

- schmerzliche Klarheit und Trauer
- Frauen reden von „Kind“ und „Töten“, nie von „Fötus“ oder „Embryo“
- Schuldvorwürfe richten sich nicht mehr gegen andere

4) *Beziehung zum toten Kind*

- „Dimension des Unsagbaren“
 - Panik schweigt ebenso wie die Ratio
- Frauen halten innere Zwiesprache mit dem Kind (Träume)

3. Anlässe und Ursachen des SAs

a) **Die sog. Indikation**

- ursprüngliche Bedeutung: „Heilanzeigen“ (wissenschaftliche Begründung eines Eingriffs)
- heute: „Anzeiger“ (hinreichende Gründe) für eine Abtreibung.

aa) **Die medizinische Indikation**

- Abbruch aus medizinischen Gründen
 - o Lebensgefahr für die Frau => Vitalindikation
 - o gesundheitliche Gefährdung der Frau => therapeutische/prophylaktische Indikation
 - o psychische Gefährdung der Frau => psychiatrische Indikation (Depression, Selbstmordgefahr)

bb) **Die ethische/kriminologische Indikation**

- wenn die Schwangerschaft durch einen kriminellen oder „unehrenhaften“ Akt (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch, sexuelle Nötigung, Inzest) zustande gekommen ist
- Schwangerschaft ist der Frau gegen ihren freien Willen aufgezwungen worden
 - o Verletzung der Würde => Unzumutbarkeit

cc) Die embryopathische (eugenische / genetische / kindliche) Indikation

- beruht auf Vermutung, daß das Kind aufgrund seiner Erbanlagen leiden wird
 - o z.B. bei Chromosomenschädigungen (Mongolismus/Trisomie 21, offener Rücken, Bluterkrankheit)
- auch, wenn auf das Kind während der Schwangerschaft schädliche Umwelteinflüsse einwirken
 - o z.B. Infektionen der Mutter, Medikamente, Strahlen (radioaktive, Röntgen)
- Legitimation der Abtreibung: man könne dem Kind nicht zumuten, unglücklich geboren zu werden
 - o auch Interessen der Gesellschaft spielen eine Rolle (Faktor „Behinderte“ => finanzielle Belastung)

dd) Soziale Indikation

- bei besonderer wirtschaftlicher und finanzieller Notlage, die durch SA vermieden werden soll
 - o z.B. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Verschuldung
- auch familiäre/partnerschaftliche Konflikte
 - o z.B. Alkoholismus des Partners, Kind aus unehelichem Verhältnis, Interessenkonflikt von Beruf und Familie...
- Bundesverfassungsgericht 1993 zum §218:
 - o SA ist bei folgenden Indikationen gerechtfertigt (aber NICHT straffrei!):
 - medizinische
 - embryopathische
 - kriminologische
 - o 1995 Neuregelung:
 - medizinische
 - kriminologische

b) Subjektive Gründe

- häufigste Gründe für SA
 - o bei un- oder außerehelichen Schwangerschaften
 - o bei Differenzen mit Partner/Eltern

c) Verhalten und Situation der Frau

- 1998: Studie zur Novellierung des § 218
- befragte Frauen zu ihrer Motivation abzutreiben
- Ergebnisse:

1. Abtreibung ist oft Ergebnis einer ungeklärten, labilen Lebenssituation

- oft finanziell ungeklärte Situation
- labile Partnerbeziehung
 - 58% der Frauen, die abgetrieben haben, leben nicht mehr mit dem „Vater“ des Kindes zusammen
 - o bei 24% ist die Partnerschaft mit Feststellung der Schwangerschaft zerbrochen

2. *Die Zahl der ungewollten Schwangerschaften hat sich in den letzten Jahren erhöht*
 - Bereitschaft zur Elternschaft und Auskosten der sexuellen Freiheit fallen immer weiter auseinander
 - oft liegen 10 Jahre zwischen der ersten sexuellen Beziehung und der ersten erwünschten Geburt des Kindes
3. *Motive jüngerer Frauen für einen Abbruch:*
 - Probleme kulminieren oft: finanziell ungesichert, Ängste, sich die Zukunft zu verbauen, Partnerprobleme, Frage der Reife für die Mutterschaft.
4. *Motive älterer Frauen für einen Abbruch:*
 - möchten oft keine weiteren Kinder, fühlen sich zu alt und befürchten gesundheitliche Probleme.
5. *Begründung für die Abtreibung*
 - 39%: finanzielle Probleme
 - 37%: Angst, sich die Zukunft zu verbauen
 - 28%: Beziehungsprobleme
 - meist werden mehrere Gründe gleichzeitig angeführt
6. *drei Gründe sprechen für das Kind:*
 - Scheu, das ungeborene Leben zu vernichten
 - Vorfreude auf das Kind
 - Angst vor seelischen Konflikten
7. *psychologisches Moment, das SAs erst ermöglicht = Abstraktheit des ungeborenen Kindes*
 - im Moment der Diagnose sind Gedanken an das Kind sehr selten
 - zunächst geht es um die eigenen Situation
 - wichtig: Aufklärung über Leben im Mutterleib!
8. *Mehrzahl der Frauen ist sich ihrer Schwangerschaft sicher, bevor sie den Arzt oder den Partner informiert*
 - 59% sind sich dann schon sicher, daß sie das Kind nicht wollen
 - 55% davon, bevor sie mit dem Partner gesprochen haben
9. *Je sicherer sich eine Frau zum Zeitpunkt der Diagnose ist, desto unwahrscheinlicher ist eine Korrektur der Entscheidung zugunsten des Kindes*
 - 34% fällten die Entscheidung erst nach längerer Überlegung.
10. *privates Umfeld (Partner) ermutigt die Frauen meist nicht für das Kind*
 - oft Bestürzung und Unsicherheit, bestenfalls Neutralität
11. *v.a. jüngere Frauen werden meist heftig unter Druck gesetzt (durch negative Reaktion des Partners)*
 - 27% aller Frauen
 - 44% der unter 25jährigen
12. *Situation lediger Mütter*
 - Frauen ohne Partner mit Kind: oft finanzielle Probleme
 - Familie und Beruf sind schwer vereinbar
 - Abbruch wird durch Schwierigkeiten wahrscheinlicher
13. *Beratung an Beratungsstellen orientiert sich oft an den Haltungen der Frauen*
 - meist ist Entscheidung schon gefällt
 - eigentliche Unentschlossenheit wird bei Beratung oft nicht genug ausgelotet
14. *Stellungnahme der Ärzte oft abhängig von der Stimmung der Frau*

- bei Frauen, die das Kind behalten wollen => Rat zum Abbruch
 - bei Frauen, die abtreiben wollen => neutrale Haltung
15. Schwierigkeiten mit der Verarbeitung des SAs
- 50% der Frauen (oft auf Dauer)

hier fehlt was!! (18.+19.12.)

III. Geschichtlicher Überblick und gegenwärtige Situation (siehe Blätter)

1. Geschichtliche Daten

- siehe Blatt: „Rechtliche Regelung des SAs - geschichtlicher Überblick“

2. Regelungen

- siehe Blätter zum § 218

a) **Strafrecht**

- bildet den Rahmen für das Schutzgesetz
- Abtreibung ist grundsätzlich strafbar
 - Ausnahmen regelt § 218a (Tatbestandsausschluß für alle an der Abtreibung beteiligten)
 - verpflichtende Beratung
 - Indikationen
 - liegen sie vor, ist SA nicht nur straffrei, sondern auch nicht rechtswidrig
 - gilt für medizinische und kriminologische Indikationen
- abtreibender Arzt muß Pflichten erfüllen:
 - der Frau Gelegenheit geben, ihre Gründe für den SA darzulegen
 - Risiken aufweisen
 - sich von der Dauer der Schwangerschaft überzeugen

b) **Beratungsregelung**

- ungeborenes Leben kann nur „mit der Frau“ in der Frühphase der Schwangerschaft geschützt werden
- Konzept: Beratung und verbesserte Situation für Frau und Kinder
 - § 218
 - Beratungsanspruch (Schwangerschaftskonfliktgesetz [SchKG] § 2)
 - 2 Arten von Beratung:
 - allgemeine Sexualberatung, Familienplanung
 - Schwangerschaftskonfliktberatung (SKB)
 - notwendig, damit SA nicht strafrechtlich relevant wird

aa) **Inhalt und Aufgabe**

- legt § 219 fest
- dient dem Schutz ungeborenen Lebens
- soll helfen, eine gewissenhafte Entscheidung zu treffen
- Beratung ist ergebnisoffen zu führen
 - Gesprächs- und Mitarbeitspflicht der Schwangeren

- Frau muß über Rechtsansprüche, praktische Hilfe und juristische Situation aufgeklärt werden
- Hilfe bei Wohnungssuche
- Betreuung für Kind

bb) Organisation

- Anspruch auf unverzügliche Beratung
- Schwangere kann gegenüber dem Gesprächspartner/Berater anonym bleiben
- weitere Fachkräfte können in die Beratung unentgeltlich miteinbezogen werden
- Ausstellung einer Bescheinigung darf nicht verweigert werden

cc) Beratungsstellen

- Beratungsstellen, die gemäß § 219 tätig sind, bedürfen einer besonderen staatlichen Anerkennung
 - => fachgerechte SKB mit qualifiziertem Personal
 - auch weitere Fachkompetenz kann hinzugezogen werden
- Beratungsstellen ≠ Stellen, wo Abbrüche auch vorgenommen werden
 - SKB darf nicht mit solchen Stellen organisatorisch o.a. verbunden sein
 - beratender Arzt darf den Abbruch nicht vornehmen
- Beratung wird für die Dauer von drei Jahren anerkannt

c) Wo kann ein SA vorgenommen werden?

- Bundesländer sind verpflichtet, Angebote für SA vorzuweisen (SchKG § 13)
 - nachfolgende Behandlung muß ebenfalls gewährleistet sein
 - Regelung soll Abwanderung zu „Kunstpfuschern“ vorbeugen
- Ärzte und Personal dürfen grundsätzlich ihre Mitwirkung am SA verweigern
 - auch ohne Angabe von Gründen (SchKG § 12), sofern keine Lebensgefahr für die schwangere Frau besteht.

d) Wer trägt die Kosten eines SA?

- gesetzliche Krankenkassen
 - bezahlen den Abbruch wenn medizinische oder kriminologische Indikationen vorliegen
 - kommen für die ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft auf
 - bezahlen die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft
 - zahlen den Abbruch, wenn Komplikationen auftauchen
- da der Abbruch an sich rechtswidrig (aber straffrei) ist, dürfen die Kassen den Abbruch an sich nicht bezahlen

- erfolgt der SA nach der Beratung, sind bei komplikationsfreien Abtreibungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten
 - d.h. der Eingriff und die Nachbehandlung werden nicht bezahlt, sofern alles problemlos verläuft (Sozialgesetzbuch SGB V)

- Gesetz für SA in „besonderen Fällen“
 - Voraussetzung für eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse: soziale Bedürftigkeit der Frau
 - d.h. Einkommen < 850 € (neuen Bundesländern < 750 €)
 - auch Kosten für die Unterkunft wichtig für Berechnung

- auf Nachprüfung der Bedürftigkeit wird verzichtet, wenn die Frau folgende Leistungen bezieht:
 - Hilfe zum Lebensunterhalt (nach dem Sozialgesetz)
 - Arbeitslosenhilfe
 - Ausbildungsförderung (BaföG)
 - Förderung gemäß des Asylbewerberleistungsgesetzes
 - Sozialhilfe
- SchKG § 15: über Abbrüche ist Statistik zu führen
 - wurde staatlich veranlaßt
 - => Auskunftspflicht der Ärzte in Praxen und Krankenhäusern

IV. Die Antwort des Christentums

1. Das Umfeld

a) Vorderasien/Ägypten

- Strafbarkeit der Abtreibung war unbekannt
- Codex Hammurabi
 - Gesetzessammlung des Königs Hammurabi von Babylon (1728-1626 v. Chr.; heute im Louvre ausgestellt)
 - kennt keine Strafe für den SA
 - Vorschrift, daß mit der Hinrichtung einer Schwangeren bis zur Geburt des Kindes gewartet werden müsse
- im jüdischen Altertum war die Abtreibung unbekannt
 - wurde zumindest nicht praktiziert
 - evtl. hielt das göttliche Gebot des „Seid fruchtbar und mehret euch“ die Menschen davon ab
 - Ex 21,22-25: hier ist von Tötung der Leibesfrucht die Rede
 - jedoch nicht durch Abtreibung, sondern „wenn Männer miteinander raufen und dabei eine schwangere Frau treffen, so daß sie eine Fehlgeburt hat“
 - => Vergeltung

b) Griechenland

- Abtreibung war straflos
- Fötus gilt als unselbständiger Teil der Mutter
- Platon und Aristoteles rieten zur Abtreibung aus nationalökonomischen Gründen
- Platon:
 - wenn Mutter älter als 40 oder Vater älter als 55 Jahre ist, ist Abtreibung legitim
- Aristoteles:
 - ging von sukzessiver Beseelung des Embryos aus
 - Abtreibung vor Beseelung erlaubt
 - unterschiedliche Entwicklung von männlichen und weiblichen Föten:
 - männliche: ab dem 40. Tag beseelt
 - weibliche: ab dem 80. Tag (4. Monat) beseelt
 - „Das Lebensrecht des ungeborenen Kindes als Verfassungsproblem“ (H. Reis)
 - Zählung des Aristoteles: Verbindung mit Lev 12,1-5?

- ähnliche Rechnung, jedoch unklar, ob hier eine Verbindung zur Beseelung des Embryos besteht
- Hippokrates:
 - Gründer der klassischen Medizin; Hippokratischer Eid
 - nennt verschiedene Mittel für eine Abtreibung:
 - innere Mittel, d.h. drastische Abführmittel, Brechmittel
 - Mittel, die direkten Einfluß auf den Uterus nehmen (scharfe, reizende Substanzen)
 - mechanische Einwirkungen (Drücken des Leibes, Stöße, schweres Tragen, Springen und Hüpfen)
 - riet den Frauen stufenweises Vorgehen
 - Frau soll so springen, daß sie mit den Fersen die Oberschenkel berührt (diese Methode v.a. unter Prostituierten verbreitet)
 - aber: Hippokratischer Eid verbietet strenggenommen die Abtreibung
 - Quellenlage unklar

c) Das römische Recht

- kennt Abtreibung nicht im Sinne eines Verbrechens
- Leibesfrucht gilt als Teil der Mutter
- Kind erhält sein Leben und seine Seele erst mit der Geburt
- keine Unterscheidung zwischen belebter und unbelebter Leibesfrucht
- Abtreibung galt zwar als moralisch schändlich, aber war nicht verboten
 - als Mann durfte man sich von einer Frau, die abgetrieben hat, scheiden lassen
 - Vater das Recht, die Abtreibung zu ahnden und ein weiteres seiner Kinder zu töten
- erst seit ca. 200 n. Chr.: staatliche Strafandrohung für Abtreibung
 - galt als Delikt gegen den Ehemann, dessen Hoffnung auf Kinder mit einem SA zerstört wurde
 - eine ledige Schwangere oder eine Frau, die die Einwilligung des Ehemanns hatte, durfte straflos abtreiben.
- SA wurden wohl häufig vorgenommen
 - Männer heuerten sog. „Bauchhüter“ für ihre schwangere Frau an, um einer Abtreibung vorzubeugen
- durch das sich verbreitende Christentum => Wandel

d) Germanischer Raum

- wie im römischen Raum
- Texte verweisen darauf, daß Abtreibungen häufig vorgenommen wurden
- Kindesaussetzungen und -tötungen blieben straffrei

2. Die Auskunft der Bibel

- keine ausdrückliche Stellungnahme zur Abtreibung
- expliziter Hinweis auf positive Stellung der Nachkommenschaft
 - in Israel war die Abtreibung deshalb wohl nicht zu denken
 - kein Hinweis auf SA in den alten Texten
- indirekte Stellungnahme in Ex 21,22
 - Würde des Menschen wird transzendental verankert
 - Gottebenbildlichkeit

- aber: unklar, ob dies auch für ungeborenes Leben gilt

3. Die Auskunft der christlichen Tradition

- Didache: „Du sollst ein Kind nicht abtreiben.“
 - wahrscheinlichen ältester christlicher Beleg für ein Verbot des SA
 - Kard. Lehmann: Zufall, daß Verbot der Abtreibung nicht schon im NT
- Barnabasbrief (um 130): ähnlich wie Didache
- Clemens von Alexandrien: abgetriebene Kinder erhalten Schutzengel
- => Abtreibung war in der Antike verbreitet
 - Texte dagegen sind keine Selbstverständlichkeit
- Christen wandten sich explizit gegen die heidnische Praxis
 - Kard. Lehmann: „Unerhörte Neuheit des christlichen Ethos.“
 - Bruch zwischen antiker Praxis und christlichem Glauben
- Synoden der frühen christlichen Jahrhunderte
 - Abtreibung wurde mit Kirchenbann und Kirchenbuße bestraft
 - 306: Synode von Elvira (Provinzsynode)
 - 314: Synode von Ankyra
 - 692: 6. Allgemeine Konzil von Konstantinopel (Trullanum)
- 1679: Innozenz XI.
 - verurteilt Lehrsatz der sog. Laxisten:
 - „Die Herbeiführung einer Abtreibung vor der Beseelung des Fötus ist erlaubt zum Schutz des Lebens oder der Ehre der Frau“ (DH 2134)
- 1930: Pius XI.
 - Enzyklika „Casti Connubii“
 - Abtreibung = Tötung eines Unschuldigen
 - Tötung eines Schuldigen war damals kirchlich noch akzeptiert (Todesstrafe)
- 1944: Pius XII.
 - Ansprache an italienische Ärzte
 - Abtreibung = Zerstörung unschuldigen Lebens
 - so lange ein Mensch unschuldig ist, ist sein Leben unverletzbar
 - embryonales und fortgeschrittenes Leben haben den gleichen Wert
 - Ärzte sollen Leben retten und nicht zerstören
- 1951 Pius XII.
 - Ansprache an katholische Hebammen Italiens
 - menschliches Leben hat seinen Wert von Gott, nicht von einer menschlichen Autorität
 - auch Indikationen reichen für eine Verfügung über embryonales Leben nicht aus
- Pius XII. verurteilt immer wieder den *direkten* Eingriff bzw. Angriff auf das ungeborene Leben
 - *indirekte* Tötung wird nicht verurteilt

- d.h. wenn das Leben der Mutter bedroht ist und gerettet werden muß, gehört es u.U. zu einer unvermeidlichen Nebenfolge des chirurgischen Eingriffs, daß der Fötus dabei ums Leben kommt
- II. Vaticanum
 - Pastoralkonstitution (GS)
 - Abtreibung wird als verabscheuungswürdiges Verbrechen verurteilt
 - Leben sei von der Empfängnis an mit Sorgfalt zu schützen
- weitere Verurteilungen der Abtreibung in der neueren katholischen Tradition finden sich in folgenden Dokumenten:
 - 1970: „Das Gesetz des Staates und die rechtliche Ordnung“ (Ablehnung jeder Form von Abtreibung)
 - 1989: Gemeinsame Erklärung der kath. und ev. Kirchen: „Gott ist ein Freund des Lebens“
 - 1992: Evangelischer Katechismus (Nr. 2222, 2223)
 - 1995: „Evangelium Vitae“ (Nr. 58-63, v.a. 62,3)
 - Katholischer Erwachsenenkatechismus (S. 143, 288f, 295, 381,426)
 - CIC, Can. 1398: Abtreibung wird mit Exkommunikation bestraft
- Zusammenfassend:
 - jede Form der Indikation ist nach kirchlicher Meinung abzulehnen
 - allenfalls ist eine indirekte Abtreibung zulässig
 - Gesundheit der Mutter als das höchste Ziel (med. Indikation)
 - 1974 „Deklaratio de abortio“ der Glaubenskongregation:
 - offizielle Position der Kirche gegen die staatlichen Regelungen

EXKURS I: AUSSERKATHOLISCHE CHRISTLICHE STELLUNGNAHMEN

- 1971: Denkschrift der EKD zur Sexualethik
 - o Abschnitt 7,48-55 (S. 31-33)
 - Eingriff, der das werdende Leben vernichtet, wird als Tötung angesehen
 - kriminologische Indikation wird anerkannt
 - Begründung: Würde der Frau sei mit Füßen getreten worden
 - = Ausweitung der medizinischen Indikation

EXKURS II: DIE SITTLICHE VERURTEILUNG DER ABTREIBUNG IM ISLAM

- Islamforscher Khoury bietet informative Übersicht
- 40% der Beratungsfälle sind muslimische Frauen
- Islam verbietet die Tötung ungeborenen bzw. unschuldigen Lebens
 - o Koran 5,31: Wenn einer jemanden tötet, so ist es so, als ob er alle getötet hätte
- Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens
 - o Stellungnahme des Islam ist weitgehend unklar
 - teilweise wird noch Sukzessiv-Beseelung vertreten (ab 120. Tag nach der Empfängnis)
 - Mehrheit der Moslems für strengere Auslegung:
 - die Abtreibung ist nicht gestattet, außer bei Lebensgefahr für die Mutter (med. Indikation)
 - einige sind auch für Milderung der Strafe
 - o in verschiedenen islamischen Ländern sind Bestimmungen zur Abtreibung unterschiedlich
 - grundsätzlich verboten, manchmal Ausnahmen

V. Hilfen, vorbeugende und begleitende Maßnahmen

- 1) *Erziehung zum verantwortlichen Gebrauch der Freiheit*
- 2) *Erziehung zur Verantwortung gegenüber der Zeugung neuen Lebens*
 - v.a. junge Menschen sollen zur Mündigkeit geführt werden
 - Näherbringen von wirklichkeitsgerechtem Verhalten
 - christliches Eheverständnis: Zeugung soll von der Liebe zum Kind geprägt sein
 - sichere Planung erfordert u.U. empfängnisverhütende Mittel
 - kirchlich: nur „natürliche“ Methoden
 - Abtreibung scheidet als Methode zur Geburtenregelung oder Familienplanung aus!
 - Enzyklika „Humanae Vitae“
 - unfruchtbare Tage der Frau als einzige zulässige Verhütungsmethode
 - nicht sicher
 - außerdem (lt. Reiter) moraltheologisch nicht gut begründet
 - vorrangig: Verantwortung vor dem Kind
 - verantwortungslos wäre, ein Leben in die Welt zu setzen, daß nicht von beiden Partnern bejaht wird und für das keine Existenzbasis gegeben ist
- 3) *Frühzeitige Aufklärung über Empfängnisverhütungsmethoden*
 - vor- oder außerehelicher Geschlechtsverkehr (theologisch nicht begründbar) muß von der Verantwortung zur Zeugung neuen Lebens geprägt sein
 - hier besser: Zeugung verhindern um eine eventuelle Abtreibung zu vermeiden
- 4) *Schaffung eines neuen Klimas*
 - Hilfe im Falle einer ungewollten Schwangerschaft
 - auch von der Gesellschaft bzw. den Außenstehenden
 - es darf kein Druck auf die Schwangere ausgeübt werden
 - Situation der ledigen Mutter oder eines unehelichen Kindes: kein Abtreibungsgrund
 - Mut zum Austragen eines Kindes in solchen Situationen muß von der Gesellschaft mehr geachtet und anerkannt werden
- 5) *Beratung zum Leben*
 - Entscheidung für das Kind sollte erleichtert werden
 - Beratung dort, wo noch Entscheidungsspielraum besteht
 - Berater haben die Pflicht, Alternativen aufzuzeigen und der Schwangeren ihren Freiheitsspielraum bewußt zu machen
 - SKB muß von einer allgemeinen Beratung abweichen, und zwar in folgenden Punkten:
 - die Fortsetzung der Schwangerschaft sollte Ziel der SKB sein
 - es müssen Informationen über Hilfsangebote weitergegeben werden
 - SKB wurde kritisiert
 - Aufgabe des Beraters sei Beeinflussungsauftrag
 - Beratungsverständnis in der SKB = klientenzentriert

- Selbstwahrnehmung der ratsuchenden Frau soll aufgenommen werden; Beratung ist Spiegelung dessen, was die Frau annimmt
- Konzept wird kontrovers diskutiert
 - Berater kann nur dann helfen, wenn er sich selbst aktiv in die Beratung einbringt
 - statt „non-direktive“ „therapeutische“ Beratung
- kirchliche SKB als Beeinflussung der Frau?
 - nein: SKB ist zwar wertorientiert, doch bejaht sie die freie sittliche Entscheidung und Gewissensfreiheit der Frau
 - von Beratern muß Unterstützung der Frau in ihrer konkreten Notlage mit der Anwaltschaft für das ungeborene Leben vereinbart werden
 - Berater fungieren als Dialogpartner
 - mögliche Konfrontationen dürfen weder zu Zwang noch zu Manipulation führen
 - Berater soll eine für die zu Beratende verantwortbare Entscheidung herbeiführen, die sie mit ihrem Gewissen vereinbaren kann
 - Gewissen kann auch irren, doch auch dann behält der Gewissensanspruch seinen Verpflichtungscharakter; folgt die Frau ihrem (irrenden) Gewissen, kann ihr bei einem SA keine Schuld im üblichen Sinne zukommen
 - SKB ist keine ethische Stellungnahme, sondern eine Tat der Nächstenliebe im pastoralen Bereich der kirchlichen Aufgaben
- Frage, ob die SKB tatsächlich den „Freischein“ zum SA ausstellen darf, durch den er straffrei wird.
 - heftige Diskussion
 - kirchliche Beratung: Berater lassen sich von der Ratlosigkeit der Ratsuchenden bewegen und leiden mit
 - letztes Ziel = Heilung des Menschen in der Nachfolge Christi
- Kirche ist aus der SKB ausgetreten

Stationen des Ausstiegs:

- Ende 1999: ständiger Rat der DKB beschließt den Ausstieg aus der SKB
 - Bischöfe folgten darin einer Weisung Papst Johannes Pauls II
 - hatte SKB kritisiert, weil der Schein die Abtreibung ermöglicht
 - bisher hatte Kirche damit argumentiert, daß sich viele Frauen, die sich beraten lassen mit der Absicht abzutreiben, nach der Beratung gegen die Abtreibung und für das Kind entscheiden (ca. 5000 Frauen jährlich)
 - einige Frauen entschieden sich für den Abbruch → ausschlaggebendes „Argument“ für den Papst
- März 2000: katholischen Bischöfe erklären, daß die Beratung auch nach dem Ausstieg aus dem gesetzlichen System zu sichern ist (ohne Schein)
 - Auflage: in den Bistümern muß die Beratung mit Schein bis Ende 2000 beendet werden
- Gegenbewegung zum kirchlichen Ausstieg: Laienorganisation „Donum Vitae“
 - Verein, der sich von der Amtskirche distanziert
 - bis Mitte 2001 ca. 100 Beratungsbüros (mit Schein)
- im Januar 2001 dürfen die Kirchen definitiv nur ohne Schein beraten
 - Folge: Frauen bleiben aus; suchen andere Beratungsstellen (mit Schein)
- Franz Kamphaus: weigert sich als einziger deutscher Bischof gegen den Ausstieg
 - Bistum Limburg bleibt noch ein Jahr in der Beratung mit Schein

- Kamphaus argumentiert: der Schutz des menschlichen Lebens könne am ehesten über die gesetzliche Beratung gewährleistet werden.
- März 2002: Ausstieg wurde auch in Limburg verfügt
 - Rom entzog Bischof Kamphaus die Zuständigkeit für die Beratung und setzte stattdessen den Weihbischof dafür ein
- Reiter zufolge hat sich die Kirche durch den Ausstieg aus der gesetzlichen SKB eine wichtige Chance verspielt

VI. Die Frage nach der Schuld

- katholische Kirche:
 - Abtreibung ist die Tötung ungeborenen Lebens
 - Strafe: Exkommunikation

hier Lücke???

§ 5 GENETISCHE BERATUNG UND PRÄNATALE DIAGNOSTIK (PND)

I. Methoden *(siehe Blatt)*

- 3-5% der Neugeborenen kommen mit Beschädigungen zur Welt
- Aufgabe der genetischen Aufklärung:
 - o schon vor der Zeugung die Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines erbkranken Kindes festzustellen
- Hilfsmittel: Familienanamnese
 - o genetische Krankheiten bei den Vorfahren
 - o Risikoermittlung für das eigene Kind (spezielle Analyseverfahren)
- bei der pränatalen Diagnostik (PND) wird bei bereits bestehender Schwangerschaft festgestellt, ob Erbfehler oder Behinderungen vorhanden sind
- PND-Untersuchungsmethoden
 - o siehe Blatt: „Pränatale Diagnostik - Was ist das?“

II. Ethische Problematik und Konflikte

- präkonzeptionelle Beratung
 - o = genetische Beratung vor der Zeugung
 - o Unterstützung für die (freie) Entscheidung der Eltern bezüglich des Kinderwunsches
 - keine Einflußnahme
- Gesundheitsdaten sind vertraulich zu behandeln
- Recht auf Nichtwissen
 - o finanzielle Unterstützung für ein behindertes Kind darf nicht davon abhängig gemacht werden, ob der genetische Test gemacht wurde oder nicht
 - keine Differenzierung zwischen mehr oder weniger wertem Leben
 - Recht auf Fortpflanzung ist ein natürliches, unveräußerliches Recht eines jeden Menschen, das keiner Berechnung gemäß dem ökonomischen Nutzen für die Gesellschaft unterliegen darf!
 - niemand darf von diesem Recht ausgeschlossen werden, weil er evtl. genetische Fehler übertragen könnte
- PND kann die Chance des Ungeborenen auf Leben erhöhen
 - o denn wer vorher Angst vor einem behinderten Kind hatte, erlangt in 97% der Fälle Sicherheit über die Gesundheit des Embryos
 - Eltern werden von Angst vor einem behinderten Kind befreit
- in 3% der Fälle ist Kind behindert
 - o bevor es die PND gab, wurden Kinder oft grundlos abgetrieben, weil die Angst vor einer Behinderung übermäßig groß war
- wachsende Perfektion der PND
 - o Schere zwischen diagnostizierbaren und therapierbaren Krankheiten geht immer weiter auseinander geht
 - o Gefahr einer „Schwangerschaft auf Probe“, die nur dann angenommen wird, wenn es den Eltern ins Lebenskonzept paßt
 - dann ist die PND ethisch zu verwerfen

- auch ethisch verwerflich, wenn PND dem Zweck dient, z.B. das Geschlecht des Kindes auszusuchen
- Mißbrauchsgefahr der PND
 - macht sie nicht unerlaubt
 - aber: verantwortlicher Umgang nötig
 - PND nur aus medizinischen (nicht eugenen oder ökonomischen) Gründen
 - z.B. Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen
- Abtreibung kann straffrei bleiben
 - ≠ sittlich erlaubt!
- die PND kann, so auch die kirchliche Meinung, bejaht werden, wenn es um lebensbejahende Maßnahmen geht

III. Pastorale Gesichtspunkte und Hilfen

- Ziel der Beratung
 - darf nie die Abtreibung sein
 - soll zur verantworteten, eigenständigen Gewissensentscheidung der zu Beratenden führen
- schwindende Bereitschaft in der Gesellschaft, behinderte Kinder als Lebensaufgabe anzunehmen
 - Mentalität, daß es einen „einklagbaren Anspruch“ (Recht?!) auf ein gesundes Kind
 - => nur gesunde Kinder haben ein Recht auf Geburt
 - Gefahr, daß Berechtigung behinderten Lebens verkannt wird
- christliche Botschaft von Kreuz, Leid und Auferstehung:
 - jedes Leben ist Segen, auch das schwache und behinderte
 - menschliche Reifung ist schließlich NUR durch LEID möglich!
 - Gott trägt unser Leid mit
- Ablehnung der Abtreibung aufgrund der embryopathischen Indikation:
 - weder Kind noch Eltern dürfen dann alleine gelassen, sondern müssen unterstützt werden
 - Mitleid der Berater kann das Leben des behinderten Embryos retten
- wenn PND und genetische Beratung eine schwangerschaftserhaltende und therapeutische Funktion besitzen, können sie auch von katholischer Seite bejaht werden

§ 6 PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK (PID)

I. Was ist Präimplantationsdiagnostik ?

- PID wird in Belgien, England und den USA praktiziert
- Feststellung, ob ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Behinderung auf die Welt kommen würde
- bevor es die PID gab, waren Eltern auf die PND angewiesen
 - o Unterschied: bei der PID wird der Embryo nicht im Mutterleib, sondern in der Retorte (künstlich) erzeugt
 - o bereits vor der Schwangerschaft wird festgestellt, ob ein Gendefekt vorliegt
 - zum Zeitpunkt der PID ist der Embryo normalerweise ca. 3 Tage alt und 8zellig
 - 2 Zellen werden abgespalten und untersucht
 - das 8zellige Stadium des Keims gilt laut ESG als Embryo
 - Restembryo wird nach der Untersuchung eingepflanzt, sofern er gesund ist
 - o ist er krank, wird er „entsorgt“
 - gegenwärtig wird auch darüber nachgedacht, die PID zu einem späteren Stadium der Zellteilung des Embryos durchzuführen
- zum ersten Mal wurde die PID 1990 durchgeführt
 - o bis heute bei ca. 1000 Paaren
 - o bis heute ca. 300-500 Kinder, die nach der PID geboren wurden
 - o Kosten: ca. 10000 \$
 - o in Deutschland noch nicht angewandt aufgrund der Rechtsunsicherheit
 - o Ausgangspunkt für die öffentliche Diskussion war der „Lübecker Fall“ 1995

II. Argumente Pro und Contra

- Bundesärztekammer verabschiedet Diskussionsentwurf im Februar 2000:

Pro

- Eltern erhalten frühzeitige Chance zu erkennen, ob sich ihre Befürchtungen bewahrheitet haben
- PID ist deshalb grundsätzlich nur für Risikopaare erlaubt, bei denen schon ein gewisser Anfangsverdacht vorliegt
- eventuelle Abtreibung wird erspart, weil es gar nicht zur Schwangerschaft kommt
 - o v.a. für die Frau psychischer und physischer Vorteil

Contra

- 1) PID = klarer Verstoß gegen das ESG
 - o in Deutschland seit 1990 in Geltung ist:
 - § 2: Embryonen, die extrakorporal erzeugt wurden, dürfen (unter Strafandrohung) nicht „benutzt“ werden
 - § 8,1: auch eine Zelle, die vom Embryo abgespalten wird (totipotente Zelle) gilt als Embryo

- § 6,1: Abtrennung der Zellen vom Embryo gilt als Klonen; Klonen ist verboten!
- § 2,1: diagnostischer Gebrauch von Embryonen ist verboten
- Grundlage des ESG:
 - Festlegung, daß dem Embryo ab dem Zeitpunkt der Befruchtung Menschenwürde bzw. Leben zukommt
- 2) befriedigendes Ergebnis der PID erfordert mehr Embryonen als für die Implantation nötig
 - in Deutschland:
 - 3 Embryonen werden erzeugt
 - kranke Exemplare werden vernichtet
 - Frau kann nicht gezwungen werden, sich ein krankes Kind einpflanzen zu lassen
 - auch die abgespaltete totipotente Zelle wird weggeworfen
 - auch der eingepflanzte Restembryo kann durch die PID beschädigt worden sein
- 3) Genetisch defekte Embryonen werden aussortiert
 - Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben
 - ethisch höchst problematisch!
- 4) Embryo befindet sich bei der PID völlig schutzlos auf dem Labortisch
 - getrennt von der Mutter
- 5) neues Abtreibungsrecht (BGB § 218ff)
 - nur noch die medizinische Indikation ist vorgesehen
 - => PID ist nicht statthaft
 - fällt unter die embryopathische Indikation
 - bei Aussortierung der kranken Embryonen geht es nicht um das Wohl der Schwangeren (med. Indikation), sondern um das des Embryos (embryopath. Indikation)
 - genau das wollte der Gesetzgeber verhindern!
- 6) PID wird oft als vorverlagerte PND angesehen und ethisch auch so bewertet
 - aber: PND zielt nicht darauf, behinderte Kinder abzutreiben
 - vielmehr lebenserhaltende Motivation
 - auf die PID folgt eugenische Selektion, was ethisch höchst bedenklich ist
- 7) PID wird auch zum Screening (Reihentests) von in-vitro-fertilisierten Embryonen eingesetzt (Instrumentalisierung)
 - um Eltern nicht nur den Wunsch nach Kindern, sondern den Wunsch nach ganz bestimmten Kindern erfüllen zu können
 - also nicht mehr nur bei Risikoschwangerschaften

III. Wunschkind nach Maß?

- Reproduktionsmedizin
 - ursprüngliches Ziel: Kinderwünsche zu erfüllen
 - heute möglich: Wunsch nach einem bestimmten Kind zu erfüllen
 - nicht nur schwere Erbkrankheiten, sondern alle möglichen Defekte sollen ausgeschlossen werden
- PID scheint aufs Ganze gesehen mehr Probleme zu schaffen als zu lösen
 - Grundfrage der Kinderlosigkeit gerät in den Hintergrund
 - Gesetzgeber sollte juristisch und ethisch am Verbot der PID festhalten
 - Mißbrauchsmöglichkeiten sind vielfältig

- katholisches Lehramt lehnt Anwendung der PID ab
- Kinderlosigkeit ist keine Krankheit
 - o (berechtigter) Kinderwunsch muß nicht um jeden Preis erfüllt werden
 - o Verzicht auf Kinder beim Risiko einer Erbkrankheit ist auf jeden Fall eine ethisch verantwortbare Entscheidung

§ 7 FORSCHUNG MIT MENSCHLICHEN STAMMZELLEN

(statt „Sterilisation und Kastration“)

- Wissenschaftsmagazin „Science“:
 - o embryonale Stammzellenforschung ist Nr. 1 der Top Ten der wissenschaftlichen Erfolge 1999
 - o enormes Potential der Stammzellen
 - sind undifferenziert, unbegrenzt teilungsfähig, altern nicht
- Einsetzung der embryonale Stammzellen könnte (in Zukunft) sein:
 - o Entwicklung neuartiger Medikamente
 - o Züchtung von Organen und menschlichem Gewebe
 - o Behandlung von Krebs
 - o Behandlung der Parkinsonschen Krankheit
 - o Behandlung der Alzheimer Krankheit
 - o u.v.m.
- Heilung von Krankheiten ist absehbar, die bislang nur gelindert werden konnten
- allerdings: Risiken beim therapeutischen Einsatz von embryonalen Stammzellen sind noch nicht bekannt

- Begriff der Stammzelle:
 - o = jede noch nicht ausdifferenzierte Zelle eines Embryos, Fötus oder geborenen Menschen, die Teilungs- und Entwicklungsfähigkeit besitzt

- je mehr sich eine Zelle spezialisiert, desto mehr nimmt ihr Differenzierungspotential ab
 - o aus totipotenter befruchteten Eizelle sowie aus totipotenten Embryonalzellen (bis zum 8-Zell-Stadium) kann ein ganzer Mensch entstehen
 - o aus pluripotenten Stammzellen entwickeln sich die verschiedenen Gewebetypen des Körpers
 - organspezifische Stammzellen sind in ihrer Differenzierungspotenz erheblich eingeschränkt
 - seit Geburt von „Dolly“ weiß man, daß es grundsätzlich möglich ist, die Spezialisierung der Zelle rückgängig zu machen

- 3 Ansätze zur dauerhaften Kultivierung von Stammzellen:
 1. *Arbeitsgruppe um James A. Thomson (University of Wisconsin in Madison)*
 - o isolierte pluripotente Stammzellen aus dem Inneren einer Blastozyste, der eine künstliche Befruchtung vorausgegangen war
 - Blastozyste = Embryo zwischen 4. und 7. Tag seiner Entwicklung
 - o aus der inneren Zellmasse werden die sog. EG-Stammzellen entnommen
 - bei Stammzellenentnahme kommt es zur Zerstörung des Embryos
 - Gewinnung dieser Zellen erfolgt zu anderen Zwecken als zur Erhaltung des Embryos
 - => mit dt. ESG nicht vereinbar

 2. *Arbeitsgruppe um John Gearhart (John Hopkins University School of Medicine)*
 - o gewinnt pluripotente Stammzellen aus den Keimzellen abgetriebener Föten
 - = „primordiale Keimzellen“

- Methode fällt nicht unter das dt. ESG
 - ESG greift nur für Zeitraum von Kernverschmelzung bis Nidation
- Nachteil:
 - nach der Abtreibung stirbt der Fötus ab, die Zellen zersetzen sich
 - je nach Verlauf des Aborts
 - kann zu Unwägbarkeiten führen
- ethische Bedenken bei dieser Methode, da Föten aus SAs stammen

3. *individualspezifische Stammzellen*

- man erhält sog. „individualspezifische Stammzellen“, wenn man den Zellkern eines erwachsenen Menschen in eine fremde, entkernte Eizelle einfügt
- = „Dolly-Methode“
- Vorteil:
 - aus diesen Stammzellen lassen sich gesunde Zellen und Gewebe erhalten, die bei der Übertragung auf den Patienten keine immunologischen Probleme hervorrufen
- Einwände
 - = „therapeutisches Klonen“
 - ist, ebenso wie reproduktives Klonen, verboten! (ESG §6)
 - Grund: ein menschlicher Embryo entsteht, der die gleiche Erbinformation besitzt wie der Patient
- 1989 in Großbritannien:
 - 2 Kommissionen empfehlen der Regierung, das therapeutische Klonen zu erlauben
 - vorerst blieb es beim Klonverbot, auch für embryonale Zellen
- August 2000 in Großbritannien:
 - erneutes Fachleutekommittee spricht sich im „Donaldson Report“ für das therapeutische Klonen aus (nach Vorsitzendem benannt)
- in Großbritannien ist bereits rechtlich erlaubt:
 - Nutzung von Embryonen, die bei der In-vitro-Fertilisation (IVS) übrig geblieben sind
 - Wunsch: Vorsprung Großbritanniens auf dem neuen Gebiet des therapeutischen Klonens
- in den USA ist die Embryonenforschung nicht verboten
 - darf nur nicht mit öffentlichen Geldern gefördert werden
- in Japan ist das therapeutische Klonen unter strengen Auflagen erlaubt
- in Deutschland:
 - bisher reagierte man zurückhaltend bis ablehnend
 - Forschungsinteresse jedoch deutlich erkennbar
- Vorwürfe:
 - GB wolle einen Alleingang starten und läßt sich dabei von wirtschaftlichen Interessen leiten
 - Verurteilung aus dem Vatikan:
 - schwerstes Bedenken ist die Ver zweckung des menschlichen Lebens

- „Auch aus noch so verständlichen Forschungsinteressen dürfen wir eine Herabsetzung des Wertes menschlichen Lebens nicht hinnehmen“
 - Verweis auf alternative Forschungsmethoden
- Frage, ob hochrangige Ziele die Forschung an menschlichen Embryonen rechtfertigen
 - weltweit unterschiedlich beantwortet
 - im Kern geht es um Frage, wie weit der Schutz der Menschenwürde reichen soll
 - welcher moralische Status wird dem Embryo zuerkannt?
 - 3 Tendenzen:
 1. Menschliche Embryonen gelten von der Befruchtung an als menschliche Wesen
 - ungeborene und geborene Menschen genießen den gleichen moralischen Schutz
 - Standpunkt Deutschlands und der kath. Kirche
 2. Menschliche Embryonen gelten erst ab einer bestimmten Entwicklungsphase als menschliche Wesen
 - keinen Anspruch auf Würde und Schutz
 - Standpunkt Großbritanniens
 3. Menschliche Embryonen gelten in keinem Entwicklungsstadium als menschliche Wesen mit personalem Wert
 - erst mit Geburt
 - bisher konnte kein europaweiter Konsens über den Personenstatus des Embryos und über die Zulässigkeit von Forschung an Embryos erzielt werden
 - wenn Ausgangspunkt, daß mit Befruchtung menschliches Leben vorliegt
 - dann scheidet dieses Leben aufgrund seiner Würde aus jeder abwägenden Berechnung aus
 - => auch medizinischer Nutzen rechtfertigt dann keine Forschung

§ 8 AIDS ALS HERAUSFORDERUNG DER MORAL

- gegen AIDS können nur therapeutische Maßnahmen ergriffen werden
- bislang gibt es keine Hilfe für Infizierte

I. Die Krankheit und ihr Bild

- Abkürzung: Acquired Immune Deficiency Syndrom
 - o dt.: erworbene Abwehrschwäche
- erstmals wurde 1981 in den USA entdeckt
- innerhalb kürzester Zeit: Häufung des Krankheitsbildes
 - o infizierte Menschen waren alle im Laufe der 70er Jahre erkrankt
- zunächst: seltene Art der Lungenentzündung bei 5 homosexuellen Männern

- 1983/84 entdeckten zwei voneinander unabhängig forschende Untersuchungsgruppen das Virus HTL V III (oder LAV)
 - o erste Gruppe: Frankreich (Leiter: Montanié)
 - o zweite Gruppe: USA (Leiter: R. Valoe)
 - o 1985 konnte die komplette Erbstruktur des Virus entschlüsselt werden
 - o 1986 einigte man sich auf die Bezeichnung des Virus mit „HIV“
 - = Human Immunodeficiency Virus

- Virus greift T-Helfer-Zellen an und vermehrt sich dabei
- Inkubationszeit: bis zu 10 Jahre
- erstes leichtes Krankheitsbild:
 - o Lymphdrüenschwellung, Fieber etc.
- schweres Krankheitsbild: AIDS
 - o Tod innerhalb von drei Jahren
- in jüngerer Zeit spricht man bei AIDS-Patienten oft von bösartigen Lymphknotenvergrößerungen
 - o früher hielt man das für eine besondere Tumorart
- Leideninfektion bricht meist aus durch eine Lungenentzündung, oft auch durch Tuberkulose
 - o Zentralnervensystem wird gestört
- Patient stirbt schließlich an dem Infekt, der durch die Immunschwäche übermächtig wird
 - o Todesursache = Lungenentzündung

- Virus ist v.a. in Körperflüssigkeiten zu finden
- Infektion findet in der Umgebung der parenteralen Inokulation statt, d.h. in Umgebung des Magen-Darm-Kanals
 - o Geschlechtsverkehr, Injektionen
- Hauptrisikogruppe:
 - o homosexuelle und bisexuelle Männer, Bluter und Drogenabhängige
 - o Infektion durch Geschlechtsverkehr und Blutaustausch bedroht v.a. Prostituierte und Menschen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern
 - o auch Neugeborene können über die Muttermilch infiziert werden
- Übertragung durch Speichel und Urin ist bisher noch nicht nachgewiesen
 - o kann aber auch nicht ausgeschlossen werden
 - o dasselbe gilt für Insektenstiche
 - o ausgeschlossen werden kann die sog. Tröpfcheninfektion

- HIV-Test:
 - o weist die Antikörper im Blut nach, nicht den Virus selbst
 - o unmittelbar nach der Infektion ist deshalb noch kein Test möglich
 - Antikörper bilden sich erst nach ca. 3 Wochen
- Herkunft des Virus:
 - o nicht sicher erforscht
 - o eine Spur führt nach Zentralafrika
 - Zaire, Bugundi und Ruanda = „AIDSgürtel“
- ursprüngliche Vermutung:
 - o Virus stamme vom Affen und wurde durch Verzehr der Tiere auf Menschen übertragen
 - o konnte wissenschaftlich bestätigt werden
- große soziale Umwälzungen in Afrika
 - o Virus wurde schnell zwischen den Menschen übertragen
 - zuerst v.a. über die Wasserwege in die Hafenstädte, z.B. San Francisco
 - bevorzugter Urlaubsort der Homosexuellen aus San Francisco: Haiti (dort auch schnelle Ausbreitung)
- über Fixernadeln auch auf erste Heterosexuelle übertragen
- Infizierung von weiblichen Prostituierten auf männliche Geschlechtspartner wurde nachgewiesen
- in Deutschland: Verbreitungsweg war wohl Frankfurt → Berlin → München

II. Die Therapie von AIDS

1. Zahlen

- zwischen 1981 und 2001 starben 25 Mio. Menschen an AIDS
 - o allein 2001 3 Mio.
- seit 1981 haben sich 40 Mio. infiziert
 - o 95% davon in den Entwicklungsländern!
- 2001 gab es 4 Mio. Neuinfektionen
 - o davon 1/3 unter den 15-24jährigen
- in Afrika sind in einigen Ländern 10-20% der Bevölkerung infiziert
 - o 40% aller Todesfälle waren an AIDS erkrankt
 - o Südafrika: 7 Mio. infizierte
 - dort ist AIDS Todesursache Nr. 1
- weiteres Krisengebiet: Osteuropa, v.a. die Ukraine, Rußland
 - o dort 250000 Infizierte in 2001
 - o Grund für Übertragung des Virus ist in diesen Ländern die mangelnde Aufklärung über AIDS und die Übertragungswege von HIV
 - Thema war lange Zeit tabuisiert
- Deutschland: Zahl der Neuinfektionen stieg 2001 im Vergleich zum Vorjahr um 2000 an
 - o 600 Menschen starben 2001 an AIDS
 - o Anfang 2002 lebten 28000 Personen mit HIV

- bei 5000 ist die Krankheit schon ausgebrochen
- 68% der Infektionen zog man sich durch sexuelle Kontakte zu

2. AIDS-Therapie

- 2002 gab es weder ein Medikament noch einen Impfstoff gegen AIDS
- Kombination von 3-4 Mitteln konnte den Ausbruch der Krankheit um bis zu 20 Jahre hinausschieben
 - Entwicklungsländer jedoch konnten sich Mittel nicht leisten
 - letztlich konnten nur 5% weltweit erreicht werden
 - Therapie hatte erhebliche Nebenwirkungen:
 - bis zu 60 Tabletten täglich schlucken
 - Übelkeit, Erbrechen und Fettverlagerungen
- bislang viele Impfstoffe gegen AIDS erprobt
 - sowohl an Tieren als auch an freiwilligen Menschen
 - HIV tritt allerdings in 2 Stämmen auf
 - allein HIV I verfügt über 10 Unterstämm
 - Virus ist in sich extrem wandlungsfähig
 - Medizin kann in der Entwicklung kaum Schritt halten kann
 - Impfstoff müßte preiswert und leicht anwendbar sein
 - nur so Hilfe für Entwicklungsländer
 - oft geht es in der Forschung jedoch mehr um Geld als darum, Menschen zu retten
 - es wird mehr Geld in die Entwicklung von Medikamenten gesteckt als in die von Impfstoffen, da dies auf lange Sicht lukrativer ist

III. AIDS, Moral und Kirche

- II. Vaticanum (GS):
 - Moralthologie hat Aufgabe, Weisungen zu bieten, die dazu beitragen, daß das menschliche Leben aufs Ganze gesehen glückt
 - vor dem Imperativ steht der Indikativ
 - d.h. zuerst ist uns von Gott das Heil und das Angenommensein geschenkt
 - von dort her können und sollen wir handeln
 - christliche Moral sollte die Zeichen der Zeit erkennen und sich an der Botschaft Jesu orientieren
 - Jesus ging es immer um Leidlinderung, um Heilung
- oft wenden sich Menschen in Situationen ab, in denen es um Leiden geht
- Kirche tut das nicht, für sie ist das Leid und Leiden der Menschen zentral
 - => auch Sensibilität im Umgang mit AIDSkranken
 - Moral und Pastoral der Kirche muß sich fragen, ob ihr Umgang mit Sexualität im Zusammenhang mit AIDS sensibel genug
 - Vorbild soll Jesu Umgang mit Ausgegrenzten sein
 - leidenden Glieder der Kirche müssen Solidarität der gesunden erfahren
- Enzyklika „Mystici corporis“ Pius XII.:
 - Leib Christi (= die Kirche) bestehe nicht nur aus Heiligen

- auch für „Sünder und Zöllner“, d.h. für Außenseiter Platz...
- Kirche fungiert (im Idealfall) als Verantwortungs- und Solidargemeinschaft
 - AIDS stellt einen Prüfstein für die Menschlichkeit der Kirche dar

IV. AIDS und sexuelle Befreiung

- „Times“ bezeichnete AIDS in den 80ern als „Rechnung für die sexuelle Befreiung“ der 60er und 70er Jahre
- Zeit der „sexuellen Revolution“ = Zeit nach dem 2. Weltkrieg
 - schon vorher hatte man entdeckt, daß die Sexualität der Menschen in der nachindustriellen Epoche eine andere geworden war
 - thematisiert wurde dies erst nach dem Krieg
 - => Paradigmenwechsel von der anti-sexuellen zur pro-sexuellen Einstellung
 - größere Freiheit, vom Verdecken zur Enthüllung, von der Scham zu genitalen Sexualität
- Kennzeichen der sexuellen Revolution:
 - Sex gerät in die Öffentlichkeit (Massenmedien)
 - in der Öffentlichkeit spricht man ungestört über Sexualität
 - => wachsendes Interesse an „aktiver Beteiligung“ 😊
 - Entwicklung des Nackten: ganzer Körper wird sexualisiert und erotisiert
 - „sexy“ als neues Attribut für Körper und Kleidung
 - Zusammenhang zwischen Sex und Fortpflanzung wird durch die Pille immer mehr geleugnet
 - Transsexualität u.ä. wird mehr toleriert
 - vor der sexuellen Revolution gab es Apparate zur Verhinderung von Masturbation, nun gibt es welche dafür! 😊
- theoretisch geht die sexuelle Revolution zurück auf S. Freud, A. Comfot, W. Reich und H. Marcuse
- Zeitschrift „Playboy“ entsteht mit einer eigenen Philosophie...
- Zusammenhang von AIDS und sexueller Revolution?
 - AIDS ist keine direkte Auswirkung der sexuellen Revolution
 - sexuelle Befreiung bringt noch keinen Virus hervor!
 - schnellere Verbreitung ist aber Auswirkung der freieren Sexualität

V. AIDS - eine Strafe Gottes?

- Meinung wurde z.B. vom verstorbenen Fuldaer Bischof Dyba vertreten
 - Deutung wurde nicht auf andere Krankheiten übertragen
 - hängt wohl mit dem Übertragungsweg von AIDS zusammen (Sex)
 - => Fixierung von Sittlichkeit und Moral auf Sexualität
 - davon versucht man sich in der Theologie zu lösen (sonst ist keine philosophische oder theologische Reflexion möglich)
- Hintergrund:
 - atl. Vorstellung vom Tun-Ergehen-Zusammenhang
 - = „Tat-Folge-Moral“

- auf AIDS-Kranke, die ohne ihr Zutun infiziert wurden, kann Deutung nicht angewandt werden
- Vorstellung eines strafenden Gottes ist nicht mit der FROHBOTSCHAFT vereinbar
 - Straftheologie ist menschlich und theologisch höchst fragwürdig
 - Calvin war anderer Meinung: sah Seuchen und Kriege als Heimsuchungen Gottes an, durch die er unsere Sünden straft
 - auch jüdische Gesellschaft zur Zeit Jesu sah Krankheiten als Strafe Gottes
 - aber gerade Jesus war es, der dieses Denkschema durchbrochen hat! (vgl. Joh 9,3)
 - Solidarität mit Aussätzigen, Berührung, Heilung!
- Parallelen zwischen AIDS heute und dem Aussatz zur Zeit Jesu
 - Lev 13, 45f. Priester erklären Aussätzige für unrein
 - heute: ebenfalls Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheit und wirtschaftlicher und sozialer Isolation
 - Jesus hatte oft Kontakt mit Aussätzigen (erste Heilung in Mt 8,1-4)
- Umgang mit AIDS: Orientierung am Beispiel Jesu
 - Jesus wurde den Aussätzigen Nächster
 - ebenso sollte Kirche heute den Außenstehenden, zu denen auch die AIDS-Kranken gehören, Nächste werden
 - AIDS kann nicht als Strafe Gottes, sondern muß als natürliches Ereignis angesehen werden
- wie jede schwere Krankheit wirft AIDS die Sinnfrage auf
 - Anlaß zur Selbstbesinnung
 - hier kann auch Befreiungsgeschichte des Dekalogs eine Rolle spielen

VI. AIDS und Angst

- AIDS ist auch eine sozial-psychische Erkrankung
 - Krankheit = Störung des durchorganisierten, planbaren Lebens
 - relative Sicherheit ist durch AIDS durcheinander gebracht
 - plötzlich fühlt man sich der Passivität ausgeliefert und als Spielball der Krankheit
- Angst vor der Krankheit AIDS
 - in erster Linie Angst vor Kontrollverlust und dem Gefühl des Ausgeliefertseins
- S. Dunde unterscheidet 4 Formen der Angst:
 - 1) Angst vor der Ansteckung (=> Ausgrenzung)
 - 2) Angst vor dem Krankheitsausbruch
 - 3) Angst vor dem Ausschluß
 - 4) Angst vor der Krankheit als einem Spezialfall des Glückverlustes
- dahinter steht die Grundangst vor dem Tod
 - aus der Öffentlichkeit weitgehend verdrängt

VII. AIDS und der Umgang mit dem Tod

- entfällt -

VIII. Safer Sex

- AIDS = Bedrohung der Sexualität
- noch nie wurde eine Geschlechtskrankheit als so bedrohlich empfunden
 - o AIDS ist seit Erfindung des Penicillins die erste tödliche, unheilbare Geschlechtskrankheit
 - o Bedrohung der Sexualität = Bedrohung der persönlichen Freiheit
 - persönliche Freiheit ist gegenwärtig einer der höchsten Werte
- Frage der Prävention rückte schon bald in den Mittelpunkt
- v.a. in USA:
 - o Empfehlungen zur AIDS-Prävention unter dem Stichwort „Safer Sex“
 - meinte die Vermeidung des Austauschs von Körperflüssigkeiten
 - Sperma, Urin, Speichel
 - o stattdessen wurden neue Formen des Sexuallebens empfohlen
 - Masturbation, Massagen, Voyeurismus, Exhibitionismus
 - => andere Bewertung des Sexuallebens
 - o bisher galten diese Praktiken als abartig und einsam, nun der „normalen“ Sexualität gleichgestellt
- Safer Sex = ständige Erinnerung an die Krankheit AIDS
 - o außerdem reduzierte Form der Sexualität
 - nur noch Vollzug („Genuß ohne Reue“)
 - Fortpflanzung spielt keine tragende Rolle mehr
- DBK in den 80ern:
 - o sicherster Weg, einer Ansteckung zu entgehen = Enthaltsamkeit und Treue
 - verhindert auch weitere Ausbreitung der Krankheit
- Kirche hat sich schon immer gegen außerehelichen Geschlechtsverkehr ausgesprochen
 - o stellt sich gegen Verhütungsmittel
 - weil Fortpflanzung durch sie verhindert wird
 - weil leichtsinniger Umgang mit Sexualität ermöglicht wird
 - o ethischer Standpunkt der Kirche:
 - Safer Sex nur als „Katastrophenschutzmittel“ (kleineres Übel)
 - größeres Übel (Ansteckung) kann so verhindert werden
 - aber: keine ethische Rechtfertigung für außer- oder vorehelichen Geschlechtsverkehr!

IX. Zeugung und Schwangerschaft bei AIDS

- um ein neues Leben im Mutterleib nicht mit AIDS zu infizieren, müßten alle HIV-Infizierten sexuell enthaltsam leben
- viele wissen aber nicht um ihre Infizierung

- 33% der Kinder AIDS-Kranker tragen das Virus in sich
- Behandlung der Kinder könnte Ausbruch der Krankheit verzögern, aber nicht verhindern
 - die meisten sterben innerhalb der ersten drei Lebensjahre
- Infizierte sollten grundsätzlich von einer Zeugung absehen
 - wenn das Kind schon gezeugt ist, sieht § 218 eine straffreie Abtreibung aufgrund der medizinischen Indikation vor
 - die Infizierung des Kindes im Mutterleib kann nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden
- Prävention durch AIDS-Tests

X. AIDS - Die Pest unserer Tage? Ein kultur- und medizingeschichtlicher Vergleich

- von Anfang an wurde AIDS mit der Pest verglichen
- ein kultur- und medizingeschichtlicher Vergleich zeigt, daß es zwar Parallelen, aber auch große Unterschiede beider Seuchen gibt

1. Die Pest - Der Schwarze Tod

- Pest gilt als die größte Seuche, die die Menschheit bisher befallen hat
- im Altertum nicht eindeutig nachweisbar
 - ab dem 6. Jh. berichten Quellen vom Yersinia-Bazillus
 - wurde nach seinem späteren Entdecker benannt
- 1348 wurde die Pest aus Kleinasien nach Europa gebracht
 - über 12 genuesische Galeeren
 - => Ausbreitung der Seuche in ganz Europa in mehreren Schüben bis 1720
 - größte Welle wütete zwischen 1348 und 1352
 - 25 Mio. Menschen starben an der Pest (1/3 bis 1/2 der Bewohner Europas)
 - Pest brach fast jedes Jahr in irgendeiner europäischen Stadt aus
 - literarisches Zeugnis über die Pest in Florenz: „Dekameron“ des Giovanni Baccaccio
- Ende 19. Jh. wurde Erreger entdeckt von den Forschern Kitasato und Yersinia
 - Hauptüberträger: Rattenfloh, später auch Menschenfloh
- Obrigkeiten ergriffen zu Pestzeiten oft nur wenige Maßnahmen
 - um den Handel mit dem Umland nicht abbrechen zu müssen
 - um das Volk nicht in Panik zu versetzen
- E. A. Poe „Die Maske des Roten Todes“
 - es wird deutlich, daß die Krankheit nach bestimmten Riten ablief
 - man versuchte, den Toten so schnell wie möglich loszuwerden
 - eigene Begräbnisliturgie (Angst vor Ansteckung)
- Parallelen zwischen AIDS und Pest
 - vor allem in Bezug auf die Angst vor den Krankheiten
- zur Zeit Bacaccios herrschten drei Meinungen über die Ursachen der Pest:
 - verseuchte Luft
 - Seuchenträger, die die Krankheit absichtlich verbreiten
 - Strafe Gottes für die Sünden

- als Überträger galten v.a. Fremde, Reisende, Außenseiter, Juden und Aussätzige
 - o => rege Verfolgung dieser Gruppen
- 1720 verschwand die Pest plötzlich aus dem Abendland
 - o hatte 400 Jahre lang gewütet
 - o wahrscheinlich hatte sich der menschliche Organismus dem Erreger angepaßt
 - o Pest führte trotz allem zu materiellem Wohlstand
 - Besitz blieb erhalten, während die Bevölkerungszahl abnahm
- Unterschied zwischen AIDS und der Pest
 - o AIDS kriegt man nicht, im Gegensatz zur Pest, AIDS holt man sich
 - o Ansteckung ist bei AIDS vorwiegend vom eigenen Handeln abhängig
 - insofern eher mit Syphilis als mit der Pest vergleichbar

2. Die Lust-Seuche Syphilis

- Herkunft des Erregers von Syphilis ist unklar
 - o Ausbreitung in Europa kurz nach der Entdeckung Amerikas und dem Feldzug Karls VIII.
- akute Risikogruppe: Prostituierte
 - o seit 1496 häuften sich Berichte über Beschäftigungsverbote der Prostituierten
 - o erste Gesundheitskontrollen auch für Freier
 - o „Safer Sex“ wurde propagiert
 - o Badehäuser wurden geschlossen
 - o viele Ärzte verweigerten die Behandlung
 - o Quecksilberkuren verlangsamten die Krankheit
 - Spottname für Ärzte: Quacksalber
- gesellschaftlich wurde die Krankheit akzeptiert als Risiko, das man bei sexuellen Abenteuern eingeht
- mit der Zeit wurden Menschen immun
- Erreger von Syphilis: *Treponema pallidum*
 - o übersetzt: „bleicher Drehfaden“
- Anfang 20. Jh.: Syphilis-Seuche wurde besiegt
 - o von den Forschern F. Schaudinn und E. Hoffmann (1905)
 - o 1906 entdeckt Wassermann Verfahren zur Früherkennung („Wassermann positiv“)
 - o => knappe 400 Jahre zur Entdeckung und Bekämpfung des Virus
 - bei AIDS nur 4 Jahre zwischen Ausbruch und Entdeckung des Erregers.
- Medikament gegen Syphilis: Salvarsan
- bricht die Krankheit aus, ist sie auch durch Penicillin-Therapie heilbar

3. Die Lehren aus der Geschichte

1. Seuchen bedrohen Menschen immer wieder
2. Seuchen treffen Menschen immer unvorbereitet

- unvorbereitetes Immunsystem
 - braucht mindestens 150 Jahre bis zur Anpassung
- 3. große Seuchen wurden zuerst oft ignoriert
- 4. bei Pest, Syphilis und AIDS läßt sich eine Isolierung der Kranken feststellen.
 - Isolierstationen in Kliniken (anfangs auch bei AIDS)
 - den von AIDS Betroffenen wird die Krankheitsrolle nicht oder nur bedingt zugestanden, da sie gesellschaftlich als nicht „normal“ gelten
- 5. Seuchen ziehen soziale Überwachung nach sich
 - bei Syphilis: Schließung der Badehäuser, polizeiliche Meldepflicht usw.
 - Verhaltensänderungen, die aufgrund von Angst und Furcht mit den Seuchen einhergehen, werden oft sehr extrem erlebt
 - Emotionen sind allerdings positiv, solange sie nicht in Panik münden
 - wichtig: verantwortungsvoller Umgang, der zu moralischem Handeln führt
- 6. Syphilis und AIDS gehören in die Genitalsphäre
 - oft Anlaß zu sittlicher Verurteilung
 - da Infizierungen durch den Lebenswandel herbeigeführt
- 7. unsere Ahnen wußten noch nichts von Bakterien und Erregern
 - aufgrund des technischen und medizinischen Fortschritts geht es uns diesbezüglich heute besser...

XI. AIDS im Unterricht

- wachsende sexuelle Experimentierfreude
 - v.a. junge Menschen sind von AIDS gefährdet
 - gehen sowohl mit ihrer Sexualität als auch mit AIDS unbefangener um als die ihnen vorangegangenen Generationen
- Behandlung des Themas im Unterricht ist angebracht
- Methode der besten Aufklärung wird diskutiert
 - auch aufgrund der moralischen, ethischen und religiösen Grenzen
- Inhalt und Methode der Darstellung sind wichtig
 - es dürfen nicht nur medizinisch-biologische Aspekte zum Tragen kommen
 - auch Grundwerte und -rechte, das sittliche Verhalten allgemein und das Thema einer verantworteten Sexualität müssen eine Rolle spielen.
- Verhaltensänderung von Menschen meist erst,
 - wenn sie entweder von der Krankheit gefährdet werden
 - oder wenn sie davon überzeugt sind, daß eine Verhaltensänderung die Krankheit verhindern kann
 - reine Informationen über AIDS haben den geringsten Einfluß auf das Verhalten der Menschen
 - es darf nicht der Eindruck entstehen, Kondome seien der einzige Schutz
 - wirksamer: Veränderung des Lebensstils
 - verantwortete Sexualität
 - darf nicht zum Ansteckungsschutz abgewertet werden
 - Treue und Enthaltensamkeit sind auch über AIDS hinaus Werte, die Menschsein glücken lassen

XII. AIDS und Pastoral

- AIDS ist ein menschliches Problem
 - o => auch Frage der christlichen Caritas
 - o => auch Aufgabe der Pastoral?
 - inwieweit kann Kirche AIDS-Kranke schützen helfen, ohne danach zu fragen, wie deren moralischer Lebenswandel aussah?
- S. Dunde: Humanität unserer Gesellschaft erweist sich an folgenden Punkten:
 - o an der Solidarität mit den Infizierten
 - o an der Toleranz gegenüber Minderheiten
 - o an der Bereitschaft zur Gewährung von Repräsentanz (statt über die Betroffenen MIT ihnen reden)
- Punkte sind für christliche Pastoral richtungsweisend
 - o erwiesen, daß seelischer Beistand auch die Abwehrkräfte des Körpers stärkt
 - für AIDS: eigene psychologische Therapieformen
 - Immunsystem paßt sich der seelischen Gestimmtheit des Menschen an
 - wichtig: AIDS-Selbsthilfegruppen
- bei AIDS geht es in der Pastoral um mehr als die Bekämpfung der Krankheit
 - o Herausforderung → Grundfrage nach Werten
- Verantwortung jedes Einzelnen besteht darin, Gesunde zu schützen
 - o bereits Infizierte dürfen niemanden anstecken
- Kranke dürfen weder diskriminiert noch isoliert werden
- insgesamt: neues Nachdenken über Liebe und Treue vonnöten
 - o Integration der je eigenen Sexualität in verantwortungsvollen Lebensstil

§ 9 REPRODUKTIONSTECHNOLOGIE UND FORTPFLANZUNGSMEDIZIN

- 25. Juni 1978: Geburt des ersten Retortenbaby in Oldham
 - o Name: L. J. Brown
 - inzwischen selbst Mutter
 - zweiten Vornamen „Joy“ hatte der Arzt ausgesucht
- 1980 zweite In-vitro-Baby kommt zur Welt
- damals Sensationsmeldung, heute ist IVS ärztliche Routine
- in Deutschland rund 100000 Geburten dank Reproduktionstechnologie
- Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin werden zunehmend genutzt
 - o Umfrage 2000:
 - 57% für künstliche Befruchtung, bei der Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibs zusammengeführt werden
 - Samen- und Eizellenspende weniger, doch weitgehend Akzeptanz
- Methoden der künstlichen Befruchtung sind weder ethisch ausdiskutiert noch rechtlich genügend geregelt

I. Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

- mehr als 1 Mio. Paare in Deutschland sind ungewollt kinderlos
- kinderlos = wenn nach zwei Jahren ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft zustande gekommen ist
- Studie des Instituts ESHRE 2002:
 - o 782 Paare in Europa, die versuchten, Kinder zu bekommen
 - jedes 6. Paar wartete vergeblich
 - Chance schwanger zu werden hängt vom Alter der potentiellen Eltern ab
 - je jünger Eltern, desto wahrscheinlicher Schwangerschaft
 - o Ursachen für die Kinderlosigkeit
 - früher ausschließlich bei der Frau vermutet
 - heute weiß man, daß Ursachen auf beide Partner verteilt sind (30-40%)
 - o 35% der Fälle: Gründe für Kinderlosigkeit ungeklärt
 - = ideopathische Störung
 - Gründe können sein: Beruf und Beziehung, Freiheitsbedürfnis, Finanzlage
 - häufigster Grund: Paare entscheiden sich oft spät für ein Kind
 - o immer mehr Menschen finden ihren „Partner fürs Leben“ relativ spät
 - o für berufstätige Frauen stellen Kinder auch ein biographisches Risiko dar:
 - durchschnittliches Heiratsalter bei Frauen = 27; bei Männern = 29; Fruchtbarkeit der Frau verschlechtert sich mit dem Alter (Ende 20, Anfang 30).
 - weitere Gründe für eine ideopathische Unfruchtbarkeit können sein: Lebensumstände oder Umwelteinflüsse
- moderne Medizin: betroffenen Paaren kann beim Kinderwunsch geholfen werden

- gestörte Fortpflanzung wird behandelt (Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie, Insemination)
- unterschiedliche Methoden der künstlichen Befruchtung
 - zusammenfassend: In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Krankenkassen bezahlen
 - 4 Versuche einer IVF
 - Kosten: ca. 12000 € kostet
 - künstliche Befruchtung mittels Mikroinjektion (ICSI)
 - jährlich rund 2 Mio. € für Behandlungen dieser Art

II. Was wird gemacht? - Neue Techniken erhöhen Erfolgchancen <i>(siehe Blatt)</i>

- siehe Rückseite des neuen Gliederungsblatts zum § 9

Insemination:

- medizinische Hilfen zur Optimierung der Fortpflanzung sind nicht neu
 - 1770: Bericht über Semination...
- bis zur IVF waren Eltern bei unerfülltem Kinderwunsch auf Insemination angewiesen
 - Spermien werden bei der Insemination in die Eileiter der Gebärmutter eingeführt
 - nur dann praktikabel, wenn die Frau gesund ist

IVF:

- ursprüngliche Retorten-Baby-Methode
 - wird angewandt:
 - wenn beide Eileiter verschlossen oder nicht vorhanden sind und auch operativ nicht geöffnet werden können
 - bei Eudometriose (versprengte Gebärmutter Schleimhaut) (???)
 - Antikörperbildung gegen männlichen Samen
 - erheblich verminderter Zeugungskraft des Mannes
 - im Eierstock werden Eizellen entnommen und in vitro mit Samen des Mannes befruchtet
 - 2 Tage später Implantation
 - man spricht auch von ET (Embryotransfer)
 - 2001 wurden lt. IVF-Register 28506 IVF-Behandlungen durchgeführt

GIFT:

- = intratubarer Gametentransfer
 - ähnlich der IVF
 - Eizellen werden zusammen mit dem Sperma in die Eileiter gesetzt
 - Befruchtung findet im Eileiter statt
 - 1992: 1283 Behandlungen
 - 2001: 19 Behandlungen
 - Zahl abnehmend, da häufig Komplikationen

ZIFT:

- = intratubarer Zygotenttransfer
 - Kombination der Vorteile aus IVF und GIFT

- erste Befruchtungsphase findet im Labor statt, bevor die Eizelle in die Eileiter übertragen wird
- Behandlung mit ZIFT nicht ab
 - im neuesten Register nicht aufgeführt

MI:

- = Mikroinjektion
 - direkter Eingriff, wenn die Zeugungskraft des Mannes gestört ist
 - verschiedene Methoden:
 - **ICSI**
 - = erfolgreichste MI-Methode
 - Samen wird direkt in Eizelle injiziert, da er von alleine nicht in Eizelle eindringen kann
 - in 1999: 5856 Behandlungen
 - in 2001: 24897 Behandlungen
 - häufig kommt es bei ICSI-Kindern zu Schädigungen...

III. Gesellschaftlich toleriert - Ethische Vorbehalte

- ethisch wird die Reproduktionstechnologie unterschiedlich bewertet
- gesellschaftlich wird der ethische Wert am Erfolg der Methode fest gemacht
 - Insemination und IVS werden als grundsätzlich unbedenklich eingestuft, so lange Methoden homolog sind
 - *homolog* = Insemination des Samens des Ehemanns
 - *quasi-homolog* = Insemination unter unehelichen Partnern, die zusammen leben
 - *heterolog* = Insemination mit Spendersamen
 - rechtliche Vorbehalte, aber nicht verboten
 - Vorbehalte v.a. hinsichtlich der Kind-Gefährdung
 - kann das Kind erfüllen, was sich Eltern nach all dem Aufwand erhoffen?
- heterologe Insemination:
 - Kind muß mit wenigstens einem Elternteil verwandt sein
 - häufig spätere Diskriminierung der Kinder
 - rechtliche Regelungen der Bundesärztekammer:
 - Ehepaar muß auch psychologisch beraten werden
 - Anonymität des Spenders bleibt gewahrt gegenüber den Eltern
 - Kind hat im Alter von 16 Jahren Auskunftsrecht
 - kein Geld an den Samenspender
 - keine verwandten Samenspender (eine Spende → 1 Paar)
 - keine verschiedenen Spenden („Samencocktail“)
 - Kind hat keinen Anspruch auf Geld vom genetischen Vater
 - Samenspende wird höchstens 2 Jahre aufbewahrt
 - Regelungen wurden 1998 überarbeitet und auf nicht-homologische IVS bzw. Insemination erweitert
- in den USA dürfen auch lesbische Frauen die Insemination nutzen
 - in Deutschland noch nicht

- sobald homosexuelle Lebensgemeinschaften als Ehe anerkannt werden, wird auch Insemination notwendig erlaubt
- durch die heterologe Insemination wird das Familienleitbild unserer Gesellschaft beeinträchtigt
 - Bedenken entfallen bei der Mikroinjektion (ICSI), da hier auch den Paaren, die wegen Impotenz des Mannes keine Kinder haben können, eine Familie ermöglicht wird
 - Erfolgsrate steigend
 - allerdings auch großes Fehlbildungsrisiko
 - Gründe dafür häufig bei Eltern (hohes Alter etc.)

IV. Fortpflanzung ohne Altersgrenze - Wie alt ist zu alt?

- künstliche Befruchtungen bei über 60jährigen?
 - Richtlinie laut Bundesärztekammer: Klimakterium der Frau (bzw. Altersgrenze von 40/45 Jahren)
 - merkwürdig: Bezug auf die Natur, obschon gerade die Natur umgangen werden soll
 - = Widerspruch in der Methode!
- Sozialisation des Kindes:
 - Altersgrenze (beider Elternteile) ist sinnvoll
 - für Eltern in Großelternalter keine Kinder mehr!

V. Ungelöste Folgeprobleme - Die Schattenseiten der Reproduktionsmedizin

- Problem der Reproduktionstechnologie: Umgang mit überzähligen Embryonen
- deutsches ESG verbietet, mehr als 3 Embryonen zu zeugen
 - nur so viele können in eine Frau implantiert werden
 - d.h. sollen auch alle 3 eingesetzt werden
 - Frau könnte theoretisch 3 Kinder zur Welt bringen
 - Wahrscheinlichkeit, daß sich mindestens eines entwickelt, ist so relativ hoch
 - wenn Embryo nicht eingepflanzt worden ist, muß er eingefroren werden
- Zahl der überzähligen Embryonen ist nicht erfaßt
 - IVS-Register für Ende 2001: 90 Stück
 - Bundesregierung im Juni 2001: 15 Stück
 - Beschönigung der Zahlen? → laut ESG ist Einfrieren der Embryonen verboten
 - theoretisch darf es gar nicht zur Überzahl kommen
- Embryonen im Vorkern-Stadium:
 - IVS-Register für Ende 2001: ~ 75000 Stück
 - tiefgefrorene Eizellen: 61370 Stück
- wenn Embryo aus medizinischen (!) Gründen nicht eingepflanzt werden konnte, ist das Einfrieren erlaubt
 - Ausgangspunkt: aktive Tötung von Embryonen ist strafbar und verboten
 - => müßten eigentlich ewig aufgehoben werden
 - andere Länder: Aufbewahrungsfrist festgelegt
 - England: 5 Jahre; Frankreich, Schweden und Dänemark: 1 Jahr

- 1989: Konservierung darf nicht länger als 3 Jahre sein
- Deutschland:
 - man umgeht die Regelung, indem man Zellen im Vorkernstadium einfriert, bei denen noch keine Befruchtung (Verschmelzung) und keine Zellteilung stattgefunden hat
 - gelten noch nicht als Embryonen
 - Eizellen im Vorkernstadium überleben Einfrieren öfter
 - Bundesärztekammer: man kann sie absterben lassen, wenn ein Elternteil das wünscht oder wenn ein Elternteil gestorben ist
- 1986 in England: 3000 tiefgefrorene Embryonen wurden vernichtet
 - Rom: „präinatales Massaker“
- moralischer Status der Vorkernstadien höchst unklar
 - Aufgabe von Philosophie und Theologie, zur Klärung beizutragen
 - Reiter: Vorkernstadien ≠ Menschen
 - aber: sobald Gefriervorgang unterbrochen wird - was zu Forschungszwecken notwendig ist -, kommt es zur Verschmelzung
- weiteres Problem: Mehrlingsschwangerschaften
 - heute viel häufiger als früher
 - oft stammen Mehrlinge aus künstlichen Befruchtungen
- Mehrlingsanteil
 - bei normal gezeugten Kindern: 1%
 - bei künstlichen Befruchtungen: zwischen 20 und 30%
 - oft gehen Mehrlingsschwangerschaften mit Behinderungen, Frühgeburten oder schwierigen Schwangerschaftsverläufen einher
 - Risiko für Mutter und Kinder ist hoch
 - Arzt ist vor die Frage einer eventuellen „Mehrlingsreduktion“ gestellt
 - d.h. Tötung einzelner Föten, um das Überleben der anderen zu sichern (Fetozid)
 - medizinisch wäre ein solcher Eingriff gerechtfertigt, weil die restlichen Kinder dann eine höhere Überlebenschance haben; auch für die Mutter verringert sich das Risiko
 - => erheblich ethische und rechtliche Probleme
 - Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, Leben zu erhalten!
 - => Empfehlung, nicht mehr als 2 Embryonen bei der künstlichen Befruchtung zu implantieren
 - wenn man Föten doch umbringt, dann ohne Selektion (sondern nach dem Zufallsprinzip)
 - strafrechtlich greift hier § 218 (Hinweis auf die med. Indikation)
- Perversion der Fortpflanzungsmedizin?
 - ursprünglich wollte sie Leben schaffen; tötet aber mehr als sie schafft...

VI. Problematische Hilfe - Wirkungen und Nebenwirkungen

- Fortpflanzungsmedizin schafft mehr Probleme als sie lösen kann
 - Besonders IVS: gesamter Vorgang in Ertrag und Gefahr muß gesehen und abgewogen werden
 - Ergebnis: negativ

- Methode wurde von den Ärzten zu schnell für unverzichtbar gehalten
 - Kosten-Nutzen-Kalkül...
- künstliche Befruchtung kann nicht jedem Paar helfen:
 - nicht immer sind biologische Ursachen der Grund für Unfruchtbarkeit
 - oft psychosomatische Zusammenhänge
- „Patient“ selbst spielt in der Fortpflanzungsmedizin eine untergeordnete Rolle
 - teilweise ausgeklammert (z.B bei einer Ersatzschwangerschaft)
 - statt dessen Einbeziehung Dritter
- künstliche Befruchtung ist keine Substitutionstherapie!
 - denn die gestörte Funktion wird nicht wiederhergestellt
 - vielmehr: medizinisches Handeln, für das es gar keinen Grund gibt

VII. Frühzeitig Dämme errichten - Das Nein der Kirchen

- offizielle katholische Position:
 - alle Methoden der künstlichen Befruchtung werden abgelehnt
 - auch Insemination
 - schon 1897 wurde die moralische Unzulässigkeit der künstlichen Befruchtung von der Glaubenskongregation betont
 - mehrfach von Papst Pius XII. bestätigt (1954, 1956)
- 1987 Instruktion der Glaubenskongregation „Donum Vitae“
- 1995 Moralenzyklika „Evangelium Vitae“ von Johannes Paul II.
 - grundsätzlichen Vorbehalte gegen die Fortpflanzungsmedizin
- Lehramt beruft sich bei Ablehnung jeder künstlichen Befruchtung auf die Würde der menschlichen Fortpflanzung
 - Zusammenhang von Liebe und Zeugung würde auseinandergerissen
 - Kind sei mehr ein Produkt als ein in Liebe gezeugter Mensch
- auch EKD rät von der IVS ab (ohne sie zu verbieten)
 - Wunsch nach einem Kind rechtfertige nicht jeden medizinischen Eingriff

VIII. Rechtliche Fragen - Wie schützenswert ist der Embryo?

- grundsätzlich: Arzt ist in seiner Therapie frei
 - bei künstlicher Befruchtung ist Therapiefreiheit eingeschränkt:
 - ESG
 - Sozialgesetzbuch (SGB, V, § 127a/121a)
 - Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung
 - Berufsrecht
 - Leitlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer
- rasanter Fortschritt:
 - immer neuere Probleme, mit denen die rechtliche Regelung kaum Schritt halten kann

IX. Vom Verbot zum Angebot - Vom Kinderwunsch zum Wunschkind

- Methoden zur Erfüllung des ausgebliebenen Kinderwunsches wurden zum Allheilmittel bei Fruchtbarkeitsstörungen

- Bedürfniswünsche werden zu Krankheitsfaktoren
 - o => bestimmte Ansprüche?
 - o Angebot und Nachfrage scheinen sich auf diesem „neuen Markt“ spiralförmig zu entwickeln
 - im Vordergrund steht dabei die Machbarkeit
- moralisch stellt sich die Frage, ob das Geld nicht auch für andere medizinische Projekte ausgegeben werden könnte
 - o Reiter: künstliche Befruchtung sollte als „Luxusmedizin“ privat bezahlt werden
- Möglichkeiten der Adoption und Pflegeelternschaft sollen wieder mehr in den Vordergrund rücken
 - o Erleichterung der bürokratischen Wege
- außerdem: auch Kinderlosigkeit bietet neue Chancen
 - o Freiraum, der für andere fruchtbare Dinge genutzt werden kann
 - können ebenfalls Erfüllung und Glück schenken
 - o kinderlose Paare sind nicht notwendig unglücklicher als Paare mit Kindern (Jenaer Studie)

jetzt fehlt viel!! (5.+6., 12.+13., 19. Februar 03)

§ 10 DIE GENTECHNISCHEN MACHBARKEITEN ALS HERAUSFORDERUNG DER THEOLOGISCHEN ETHIK

ursprüngliche Gliederung:

- I. Die gentechnische Machbarkeit
- II. Die Herausforderung von Theologie und theologischer Ethik
- III. Bewertung der Anwendungsbereiche - konkrete ethische Urteile
- IV. Schluß

hier ersetzt durch:

Reiter, J.: *Die genetische Gesellschaft. Limburg 2002. S. 29-43.*

I. Wie viel Gentechnik braucht der Mensch? Wie die molekulare Biologie und Medizin alles verändern

- Jeremy Rifkin: „Das biotechnische Zeitalter“
 - o definitives Ende des Industriezeitalters
 - wird abgelöst vom biologischen Zeitalter
 - genetische Revolution
 - Fortschreiten der Computertechnologie
 - wirtschaftliche Nutzung
 - Klonen tritt an die Stelle der natürlichen Fortpflanzung
 - genetische Veränderungen an Föten
 - o „Aber mit jedem Schritt in diese schöne neue Welt wird die Frage drängender: *Womit müssen wir das bezahlen?*“
 - ethische Frage: ob all das, was technisch machbar ist, auch realisiert werden darf
- Besonderheit der heutigen Situation:
 - o gesellschaftliche Debatte über Veränderungen findet schon vor bzw. parallel zu den Veränderungen statt, nicht erst im Nachhinein
- Schwerpunkt der Diskussion: „rote“ Gentechnik

II. Ungeahnte Verwandtschaften - Das Genomprojekt

- vollständige Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes ist für 2003 angekündigt
 - o wird dem Fortschritt einen enormen Schub verleihen
 - o „biomedizinisches Universallexikon“
 - Wissen über den Menschen wird beträchtlich erweitert und gesichert
 - neue Erkenntnisse über die Evolution
- Entdeckung der DNA:
 - o Beleg dafür, daß alle Organismen auf der Erde letztlich miteinander verwandt sind
 - wahrscheinlich gemeinsamer Ursprung!
- Genomforschung:
 - o die spezifisch menschlichen Gene machen nur 3% des Genoms aus
 - o => große genetische Verwandtschaft zwischen allen Lebewesen!

- Genomforschung versucht auch, die spezifische Geistlichkeit des Menschen zu ergründen...

III. Mit genetischen Daten Krankheiten verhindern und heilen

- durch Genomprojekt bietet sich die Möglichkeit der Diagnose von genetischen Merkmalen
 - = Gentests
- größtes Anwendungsfeld der Gentests = PND
 - Zellen werden entnommen und auf genetische Abweichungen hin untersucht
 - => therapeutische Maßnahmen zum frühest möglichen Zeitpunkt
 - Hilfe für Eltern, sich auf mögliche Erkrankung des Kindes einzustellen
- neues Anwendungsfeld durch Methode der IVF = PID
 - Embryonen werden selektiert
 - nur gesunde werden in die Frau implantiert
- Gentests sind theoretisch möglich:
 - in der Arbeitsmedizin
 - in Deutschland noch nicht
 - z.B. Fähigkeit zum Abbau von Schadstoffen
 - bei Kranken- und Lebensversicherungen
 - in Deutschland noch nicht
 - um Versicherungsbetrug zu vermeiden
 - Identitätstestung
 - wird schon durchgeführt
 - z.B. bei Vaterschaftsnachweisen oder zur Täteridentifikation (forensische Medizin)
- Krankheiten sollen nach Gentests direkt an den defekten Genen behandelt werden
 - = Gentherapie
 - 2 verschiedene Methoden:
 1. somatische Gentherapie
 2. Keimbahntherapie
- *somatische Gentherapie:*
 - wird ausschließlich an Körperzellen des Menschen durchgeführt
 - beschränkt sich in ihrer Wirkung auf den behandelten Patienten
- *Keimbahntherapie:*
 - gentechnischer Eingriff an frühembryonalen Zellen
 - korrigiertes/verändertes Material wird an kommende Generationen fehlerfrei weitergegeben
 - Krankheit ist ein für allemal geheilt
 - bisher nur wenige Erfolge
 - Wissenschaftler sind zuversichtlich
- weiteres biomedizinisches Arbeitsfeld: embryonale Stammzellen
 - bisher: Schaffung von Nerven-, Darm-, Muskel- und Knochenzellen in Kulturschalen...

- Gewinnung der Stammzellen:
 - abgetriebene Embryonen
 - Embryonen, die bei der Retortenbefruchtung übrig geblieben sind
 - Klonen
 - „Dolly-Methode“
 - Körperzelle des Patienten wird in eine entkernte Zelle eingebracht und weiter kultiviert
 - = therapeutisches Klonen

IV. Medikamente einer neuen Generation

- erhebliche pharmazeutische Veränderungen im 21. Jh.
 - große medizinische Innovationen absehbar („Delphi-Studie“)
- heute in Deutschland: mehr als 60 gen- bzw. biotechnisch hergestellte Medikamente auf dem Markt
- Beispiele:
 - Humaninsulin
 - seit 1982 erhältlich
 - früher von Schweinen oder Rindern gewonnen => Allergiegefahr
 - ist identisch mit körpereigenem, gesunden Insulin
 - Erythropoietin (EPO)
 - regt Bildung roter Blutkörperchen an
 - bei Blutarmut, nach Chemotherapie
 - Wachstumshormone
 - bei Zwergwuchs
 - Gewebe-Plasminogen-Aktivator (TPA)
 - öffnet verstopfte Blutgefäße
 - bei Herzinfarkt
 - Faktor VIII-Präparate
 - für Bluterkrankte
 - Ansteckung mit Hepatitis B und AIDS wird ausgeschlossen
 - Interferome
 - Botenstoffe des Immunsystems
 - gegen bestimmte Art von Krebs, chronische Hepatitis B und (!) multiple Sklerose
 - verschiedene Impfstoffe
 - Forschung schreitet voran
 - z.B. transgene Pflanzen
 - gentechnisch veränderte Lebensmittel, die wie Schluckimpfung wirken

V. Wie weit darf Gentechnik gehen?

- Techniken der Biomedizin sind nicht neutral
 - vielmehr wertbehaftet und Werte setzend
- nötig: normative Orientierung
 - Christen: biblisches Menschenbild
 - DBD „Der Mensch: sein eigener Schöpfer“ (März 2001):

- Rahmen für menschliches Handeln = biblisches Menschenbild und Menschenwürde
- außer Orientierung an Menschenwürde wichtig bei gentechnischem Handeln:
 - Rechtfertigung der Ziele
 - Prüfung der Mittel
 - Abschätzung der Folgen
- Wirkungen der Gentechnik und Biomedizin sind nicht vorhersehbar
 - Nutzen und Risiken müssen gesehen und nicht nur ökonomisch, sondern auch ethisch bewertet werden
- Vorteile des wachsenden Wissens um die Erbausstattung eines Individuums müssen genutzt werden, ohne damit eine genetisch begründete Kastengesellschaft zu schaffen
 - Gentests als Angebot, nicht als Zwang
 - Recht auf Nichtwissen
- beachten: Mensch ist mehr als seine Biologie, als die Summe seiner Gene
 - Gene setzen lediglich ein biologisches Dispositionsfeld

VI. Ethische Verantwortung trägt der Mensch

- Ambivalenz der PND (s.o.)
 - einerseits: Reduzierung der Unsicherheit und unbegründeter Ängste
 - andererseits: positives Testergebnis führt fast automatisch zum SA
- PND hat lebenserhaltende Motive
 - PID hat Selektion menschlichen Lebens zum Ziel
- neue Methoden haben Folgen:
 - für das Menschenbild
 - für das Zusammenleben der Menschen
 - v.a. für die Haltung der Gesellschaft zu Behinderung, Krankheit und Unvollkommenheit
- bei Beschränkung der PID auf bestimmte Krankheiten:
 - Gefahr der ethisch fragwürdigen Auswahl von Krankheiten
 - Schritt zur Keimbahntherapie ist dann nicht mehr weit.
- genetische Analysen in der Arbeitsmedizin
 - positives Anliegen des Schutzes vor gesundheitsgefährdendem Arbeitsplatz
 - Gefahr des Ausschlusses von Personen mit genetisch bedingten Überempfindlichkeiten vom Arbeitsplatz
- Gentests bei Versicherungen
 - ähnlich ambivalent wie bei Arbeitsmedizin
- Gentests zur Ermittlung der Täteridentität
 - dienen der Wahrheitsfindung
 - keine Verletzung der Menschenwürde
- Erforschung, Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln mittels Gentechnik ist zu begrüßen
 - Berechtigung: Behandlung von Krankheiten
- ebenso positiv zu bewerten: somatische Gentherapie
 - sofern die Methode sicher ist
- negativ zu bewerten: Keimbahntherapie
 - Folgewirkungen nicht abzusehen

- Anmaßung, Erbgut späterer Generationen festzulegen
- unausgereifte Methode
- notwendig: verbrauchende Embryonenforschung
- Gefahr des Mißbrauchs zur Massenzüchtung
- ethisch nicht zu rechtfertigen: reproduktives Klonen
 - v.a. 2 Gründe:
 - Gleichheit aller Menschen
 - = „Schicksal“, daß Mischung der Erbanlagen durch „Zufall“ entsteht
 - christlich: Liebe und Wille Gottes
 - geklonter Mensch wird instrumentalisiert
 - nicht um seiner selbst willen erzeugt
 - Mittel zum Zweck
 - Kopie eines Menschen
 - Ersatzteillager für Organspenden
- therapeutisches Klonen embryonaler Stammzellen?
 - zur Heilung von Krankheiten
 - Embryo wird dabei getötet (verbraucht)
 - wird zum Ersatzteillager degradiert
- medizinischer Nutzen kann kein Verfahren mit menschlichen Lebewesen rechtfertigen, das die Würde dieses Lebens in Frage stellt
 - Ziele des therapeutischen Klonens auch auf anderem Weg möglich
 - z.B. Stammzellen von Erwachsenen (adulte Stammzellen)

VII. Auch das Recht ist gefragt

- rechtliche Regelungen stehen in Deutschland noch aus
- 1987 Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“
- 1990: Gentechnikgesetz (inzwischen novelliert)
 - Verfahren am Menschen ausgeklammert
- 1991: ESG
 - gentechnische Analysen nicht berücksichtigt
- Aufgaben:
 - Anpassung des Persönlichkeits- und Datenschutzes
 - Qualitätssicherung
 - Einbindung in humangenetische und psychosoziale Beratung
- Patentierung?:
 - Richtlinie der EU über Biopatente
 - heftig umstritten
- 2000: Enquete-Kommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“
 - behandelt strittige Themen
- Deutschland: besondere Verantwortung angesichts der menschenverachtenden Medizin des Dritten Reiches
 - vorrangigste Aufgabe: Schutz der Menschenwürde!

VIII. Entscheidungsprozesse

- endgültiges Werturteil über Entwicklungen kann erst später gefällt werden

- neue Handlungsmöglichkeiten → neue Entscheidungssituation → neue Verantwortlichkeit
- notwendig: Diskussion
 - soll unterschiedliche Wertauffassungen berücksichtigen
 - Ziel: Konsens
 - schwierig durch Komplexität unserer Gesellschaft
 - Entscheidung oft von Expertenmeinung abhängig
 - erfordert dessen Vertrauenswürdigkeit
 - „Vertrauen“ in Politik, Wirtschaft, Wissenschaft?!
 - möglich nur durch transparente und nachvollziehbare Entscheidungsverfahren
- wichtig: Position beziehen
 - z.B. durch Betonung des christlichen Menschenbildes und der Menschenwürde
 - muß auf reale Prozesse bezogen sein und sich in diesen Prozessen entfalten können
- Genzeitalter darf nicht nur Techniken und Methoden, sondern muß auch eine Ethik entwerfen
 - das Können muß verbindlich in ein Dürfen und Sollen eingebettet werden

§ 11 ORGANTRANSPLANTATION - SELBSTVERSTÄNDLICHE CHRISTENPFLICHT?

- I. Begriff und Geschichtliches
- II. Medizinische Aspekte
- III. Rechtliche Aspekte
- IV. Ethische Aspekte
- V. Abschließende Zusammenfassung und Folgerungen

§ 12 LEBEN MIT BEHINDERUNG

- I. Vorbemerkungen: „Nichtbehinderte“ zum Thema Behinderung
- II. Behinderung im Kontext unserer gegenwärtigen Gesellschaft
- III. Die christliche Botschaft über den Menschen
- IV. Das Problem der Bewältigung
- V. Schluß

§ 13 LEBEN BEENDEN - BEGLEITUNG VON UNHEILBAR KRANKEN UND STERBENDEN

- Thema Sterben:
 - o Palliativmedizin
 - Begriff: lat. „pallere“ = mit einem Mantel bedecken
 - im Gegensatz zur kurativen Medizin (Heilmadin) ist sie nicht mit der Beseitigung einer Krankheit, sondern mit der Linderung der Beschwerden befaßt
 - o Thanatologie
 - Begriff: griech. „thanatos“ = Tod
 - junges Fach; noch kaum gesicherte Erkenntnis
 - Hypothesen und Theorien über das Sterben und den To
- Sterben und Tod heute oft aus dem öffentlichen Leben verdrängt
 - o 80 % der Menschen sterben in Altenheimen
 - o Sterbende werden oft an Institute verwiesen, die sich dann um sie kümmern
 - o Tod wird heute insgesamt radikaler erlebt und nicht mehr als Bestandteil des Lebens

I. Warum muß der Mensch sterben?

1. Biologische Grundlagen von Sterben und Tod

- lebende Zellen sterben, sobald sie sich nicht mehr an Umwelteinflüsse und Schädigungen anpassen können
 - o irreversibler Funktionsverlust
- Übergang von lebender zu toter Zelle: unscharf (Zeitpunkt kann nicht genau bestimmt werden)
- dynamisches Gleichgewicht zwischen Tod der Zelle und Zellerneuerung
 - o Störungen:
 - Infektionen, Gifte, unausgewogene Ernährung, Mangelerscheinungen, Hitze, Kälte, Druck, hormonelle Fehlsteuerung u.a.
 - auch ohne Krankheitsprozesse kommt es zur Alterung und zum Tod der Zellen
 - auch seelische und soziale Einflüsse
 - o „psychogener Tod“: tritt nicht aufgrund einer medizinisch feststellbaren Krankheit, sondern z.B. durch einen Fluch ein
 - Bsp.: viele Menschen sterben nach dem Verlust ihres Lebenspartners
- Altern ist ein biologischer Vorgang
 - o vermutlich kann kein Mensch älter als 120/130 Jahre werden
 - o wissenschaftlich unbegründet: Medizin könne dieses Alter verlängern oder weiter hinausschieben

2. Theorien des Alterns

- verschiedene Auffassungen, die das Altern biologisch erklären
 1. Altern und Tod als unvermeidliche Folge der Anforderungen des Lebens (Verschleißerscheinungen)
 2. biologische Mechanismen, durch die die Zellen auf Tod hin programmiert sind
- Altern zeichnet sich also aus durch
 - o Nachlassen der Reparaturfähigkeit durch beschädigte Zellen
 - o Unmöglichkeit einer genetisch unbeschränkten Anzahl von Verdopplungsvorgängen
 - nach bestimmter Anzahl wird Verdopplung einfach eingestellt
 - o Begrenzung der Anzahl möglicher Stoffwechselforgänge
 - o Wirkung freier Radikaler (= aktive Sauerstoffverbindungen), die durch Stoffwechselverbindungen entstehen
 - führt zu Schäden, zur Alterung und schließlich zum Zelltod
 - Vitamine C + E beugen den Schädigungen eine Zeitlang vor

II. Der Weg zum Tod: Sterben

- verschiedene Definitionsversuche:
 - o aus medizinischer Sicht:
 - Ein Sterbender ist ein Mensch, dessen Tod durch Unfall, Krankheit oder Alter in absehbare Nähe gerückt ist; Zeitspanne kann zwischen Tagen und Monaten liegen
 - o andere Definition:
 - Ein Sterbender ist ein Mensch, bei dem als Folge von Destruktionen von Organen lebenswichtige Funktionen so beeinflußt werden, daß Leben nicht möglich ist
 - o aus psychologischer Sicht
 - Ein Sterbender ist ein Mensch, der objektiv vom Tod bedroht ist und der sich dessen so bewußt ist, daß sich sein Leben und Verhalten dadurch bestimmt.
 - z.B. HIV-Infizierte im Vorfeld des eigentlichen Sterbens, die sich mit dem drohenden Tod auseinandersetzen
- keine religiösen oder mythischen Lehren mehr, die für alle Menschen verbindlich sind
 - o regelten Einbindung des Sterbens und des Todes in das alltägliche Leben
 - o heute immer stärker zum Problem des Einzelnen
 - o pluralistische Gesellschaft: nahezu jeder greift auf andere Traditionen oder persönliche Strategien der Trauerbewältigung zurück
- für Sterbende ist der Tod als Lebensphase näher gerückt
- ist der Sterbende auf sich allein gestellt, hängt die psychische Fähigkeit, den Tod angstfrei zu bewältigen, vom Urvertrauen ab
 - o falls nicht vorhanden, kann Tod als drohende Vernichtung erfahren werden.

1. Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross

- mit den Sterbephasen beschäftigen sich Thanatologen

- Elisabeth Kübler-Ross („Interviews mit Sterbenden“)
 - o bekannt, aber auch umstritten
 - o 5schrittiges Phasenmodell des Sterbeprozesses
- 1. Phase: Nicht-Wahrhabenwollen und Isolierung**
 - Patient glaubt an die Verwechslung der Befunde
 - oder ähnliche Gründe der Verleugnung
 - „Verdrängungstaktik“ kann Schock vermindern
 - 2. Phase: Zorn**
 - wenn Patient tödliche Krankheit anerkannt hat, empfindet er Zorn und Eifersucht auf andere
 - „Warum gerade ich?!“
 - oft unzufrieden mit dem Essen, dem Zimmer, Kleinigkeiten...
 - 3. Phase: Verhandeln**
 - Tod wird als unvermeidbar anerkannt
 - Sterbender versucht allerdings durch „Verhandeln“ eine Verlängerung der Lebensphase zu erreichen
 - z.B. Feilschen mit den Ärzten
 - Anpassung an die Behandlungen
 - auch Gott wird zum Verhandlungspartner
 - Gelübde, Wallfahrten etc.
 - oft Schuldgefühle
 - 4. Phase: Depression**
 - beginnt mit Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit
 - keine Depression im eigentlichen Sinn, die medikamentös behandelt werden könnte
 - bessere Bezeichnung: „Phase der Traurigkeit“
 - Gefühl eines unendlichen Verlustes
 - von Familie, ungelösten Problemen...
 - Testament wird verfaßt, sich mit jahrelang verfeindeten Menschen versöhnt oder die Lebensauffassung gewechselt
 - Phase kann in die Phase vorbereitender Trauer münden
 - Patient wird stiller und zieht sich zurück
 - => erleichtert den Ablöseprozeß vom Leben
 - 5. Phase: Phase der Zustimmung**
 - Sterbender akzeptiert den nahen Tod
 - geht dem Tod mit einer ruhigen Erwartung entgegen
 - ist müde und schwach, frei von aufreibenden Gefühlen

2. Weitere Phasenmodelle

- *Helmut R. Zielinski* (Krankenhausseelsorger)
 - o bestätigt Phasenmodell von Kübler-Ross
 - o kritisiert jedoch, daß die religiöse Phase vernachlässigt wird

- in der letzten Phase nicht nur Rückzug und ruhige Erwartung, sondern auch das Bedürfnis nach Gesprächen über den Sinn des Lebens und des Todes
 - = religiöse/metaphysische/übersinnliche Phase
- *A. Weismann*
- 3 Phasen, in denen der Tod gleichzeitig verleugnet und angenommen wird
 - je nachdem, in welcher Phase sich der Patient befindet, liegt der Schwerpunkt auf Verleugnen oder auf Akzeptanz:
 1. Phase:
 - Symptomwahrnehmung mit Neigung zur Selbsttäuschung
 - Diagnose steht zu diesem Zeitpunkt noch nicht fest
 2. Phase:
 - Schwanken zwischen Negation und Akzeptanz der Diagnose
 - Patient weiß um seinen baldigen Tod und gleichzeitig auch nicht
 - = „middle knowledge“
 3. Phase:
 - Körperlicher Verfall
 - Akzeptanz des baldigen Sterbenmüssens
- *E. M. Pattison* (Verhaltensforscher, Psychiater)
- beschreibt den Sterbeprozess in 3 großen Abschnitten:
 1. Phase:
 - Akute Krise, panische Angst und Verzweiflung
 2. Phase:
 - Konkrete Ängste und Sorgen (vor Einsamkeit, Verlust der Familie etc.)
 - = „chronic living-dying-pase“
 3. Phase:
 - Psychische und physische Erschöpfung
 - Desinteresse an der Außenwelt
 - Rückzug auf sich selbst

3. Kritik an den Phasenmodellen

- Phasenmodelle des Sterbens sind zwar anschaulich und plausibel
 - aber wissenschaftlich nicht gesichert
 - liefern keine immergültigen Regeln
 - Eigenarten des Sterbenden, seine Religiosität u.a. werden hier nicht berücksichtigt
 - den Modellen zufolge haben alle Menschen einen ähnlichen Sterbeprozess
 - ist nicht so!
- *Kruse* beschreibt von der Biographie beeinflusste Sterbeprozesse
 - die Akzeptanz des Todes beinhaltet die gleichzeitige Suche nach den Möglichkeiten, die das Leben trotzdem noch bietet
 - Tod stehe im Mittelpunkt der Gedanken
 - die Suche nach einem Lebenssinn beginne oder würde intensiviert

- Bemühungen, den Tod zu verdrängen
- Phasen reichen von Depression bis zu Akzeptanz
- letztendlich muß Sterben individuell betrachtet werden
 - Sterbeprozess verläuft nicht starr in der Reihenfolge der Modelle
 - Sprünge und Schwankungen
- Sterbebegleiter dürfen keine Soll-Erwartungen an Sterbende haben
 - man versteht Sterbende besser mit Hilfe der Phasenmodelle
 - man kann sich auf den Patienten einstellen, wenn man z.B. weiß, daß er Zeit braucht, sich mit dem Gedanken seines Todes auseinanderzusetzen

4. Todesnahe Grenzerfahrungen (Nahtod-Erlebnisse)

- fraglich, ob es sich wirklich um den Blick in eine andere Welt handelt
 - oder Spiegel des eigenen Bewußtseins?
- viele Menschen berichten von ähnlichen Erlebnissen an der Schwelle des Todes
 - können physiologisch bedingt sein
 - z.B. klinischer Tod (= vorübergehendes Versagen der Herz-Kreislauf-Funktionen und des Atmens) → führt veränderte Aktivität der Hirnfunktion herbei
 - können auch psychologisch verursacht sein
 - z.B. durch massive Bedrohung des Lebens wie bei einem Flugzeugabsturz o.ä. → Atmung beschleunigt → führt zu verändertem Sauerstoffgehalt im Gehirn, beeinträchtigt dessen Funktion
- Psychiater E. Wiesenhütter
 - beschreibt seine Nahtoderfahrung:
 - nach dem Aufwachen habe er sich gestraubt, in die „Wirklichkeit“ zurückzukehren: „Ich wollte wieder hinüber...“
 - Veränderung des Raum-Zeit-Erlebens
 - unbeschreibliches Glücksgefühl
 - => Enttäuschung und Gefühl des verminderten Bewußtseins beim Erwachen
- Kübler-Ross beschreibt 3 Stufen dieser Erfahrungen
 - gehen mit Veränderung des Bewußtseins einher
 - 1) Gewahrwerden
 - 2) Gewährsein
 - 3) Eintauchen in strahlendes Licht
- moderne Reanimationsmethoden:
 - immer mehr Menschen, die durch künstliche Lebenserhaltung Nahtod-Erfahrungen gemacht haben
- R. Moody: psychosozial-medizinische Untersuchungen
 - „Leben nach dem Tod“
 - Verlassen des Körpers
 - Begrüßung durch andere Wesen (Verstorbene)
 - Durchgehen durch einen Tunnel

- Begegnung mit einem Licht, das als personal erlebt wird und unglaubliche Liebe ausströmt!!
 - oft Interpretation des Lichts als Christus oder Gott
 - dann Grenze, wo man sich gewahr wird, daß man umkehren muß
 - Zeitpunkt des Todes noch nicht gekommen
 - nach einer Nahtod-Erfahrung verändert sich das noch bleibende Leben (*MEMENTO MORI, CARPE DIEM!*)
- Nahtod-Erfahrungen sind Teil des Sterbeprozesses
 - keine wirklichen nach-tödlichen Erfahrungen
 - es geht zwar um die Erfahrung einer anderen Wirklichkeit, aber noch nicht in einer anderen Wirklichkeit
 - zur Welt des Alltags scheint es ein Jenseits zu geben
 - psychologische Deutung:
 - Erlebnisse des Überbewußten, nicht des Unbewußten
 - physiologische Deutung:
 - Sauerstoffmangel im Gehirn

5. Christliches Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung

- Bibel: Gott als Schöpfer und Erhalter allen Lebens
 - wir haben nicht das Recht, das Ende unseres Lebens selbst zu bestimmen
 - klug: sich der eigenen Endlichkeit bewußt zu werden und dementsprechend zu handeln – im Leben des Todes eingedenk...
- verschiedene Todesvorstellungen sind Herausforderung für die christliche Sicht des Sterbens und des Todes:
 - 1) Angst vor dem Tod auch bei Christen
 - Weish 1,13: „Gott hat den Tod nicht gemacht.“
 - Röm 5,12: Paulus sieht den Tod als die Folge der Sünde
 - es geht um konkrete personale Todeserfahrung, die als Entfernung von Gott interpretiert wird
 - 2) unzerstörbare Kraft des Lebens ist Christus selbst
 - nach dem Kreuz: Auferstehung!!!
 - das Urteil über den Tod wurde damit gefällt: nicht der Tod, sondern das Leben hat das letzte Wort!
 - Tod (auch Christi Tod) kann als Wille des Vaters verstanden und angenommen werden
 - 3) Tod als Durchgang zum ewigen Leben
 - Ende der irdischen Pilgerschaft (Joh 5,24; Röm 6,13)
 - wir sind in diesem Leben nicht nur vom Tod, sondern vom Leben (in Fülle), das von Gott kommt, umfassen!!
 - letztes Ziel: daß das Leben bzw. der Tod nicht in ein Nichts hinein führt (auch nicht in eine Reinkarnation), sondern dorthin, wo Christus ist (Joh 17,24)
 - 4) Durchgang zum ewigen Leben = unvorstellbare Begegnung mit dem liebenden und richtenden Gott
 - Mensch steht mit seiner ganzen Lebensgeschichte unverstellt vor Gott
 - kein Mensch ist durch seine Leistungen befähigt oder berechtigt, ins ewige Leben einzutreten

- letztlich zählt die Gnade Gottes
- wie der Übergang von diesem ins ewige Leben erfolgt, bleibt ein Geheimnis
 - Sterbeforschung gibt zwar Einblicke in den Prozeß des Sterbens, aber der Zustand des Todes stellt eine Grenze dar, die (noch?) nicht erforscht werden kann
- 5) es gibt ein Leben nach dem Tod
 - Tod muß ernst genommen werden
 - Medizin: Tod = irreversibles Ende des Menschen
 - nicht nur der Leib stirbt, sondern der ganze Mensch (Leib + „Geistseele“)
 - = auch Auffassung im AT
 - Tod von Leib und Seele unterscheiden sich
- 6) Tod = Ende der Entscheidungsfähigkeit des Menschen (Joh 9,4)
- 7) der Tod reißt den Menschen nicht von Gott weg
 - Gott ist ein Gott der Lebenden (Röm 8,11; 1 Kor 15,12-22)
- 8) Auferstehung der Toten bedeutet „Verwandlung“
 - alles wird neu
 - 1 Kor 15,42f: leibliche Auferstehung in einer verklärten Leiblichkeit
 - Unaussprechlichkeit dieser Wirklichkeit
 - Tod = kein totaler Bruch zwischen irdischem und jenseitigem Leben

III. Die Rechte des Sterbenden

- Rechte sind im Allgemeinen von der Gesellschaft geprägt
- Rechte von Sterbenden
 - Behandlung durch den Arzt und die medizinische Betreuung
 - leider nicht immer gewährt
 - Aufklärung über die Gesundheit
 - Aufklärung über Betreuungsmöglichkeiten (auch seelsorgliche)
 - Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen
 - Bestimmungen über den eigenen Körper auch nach dem Tod
 - Forschung, Organspende, Beerdigungsmodalitäten etc.
 - Recht auf Wahrheit

1. Die Frage nach der Wahrheit: Aufklärung

a) *Aufklärung des Patienten*

- gegenwärtig diskutiert: ob und wie über eine tödliche Krankheit aufgeklärt werden muß
 - früher schwieg man, um dem Patienten Hoffnung zu lassen
 - „Wer den Tod verkündet, gibt den Tod.“
 - heute: Strategie der Hoffnung durch Aufklärung
 - Aufklärung ist immer Aufgabe des Arztes, nicht deligierbar
 - kann allenfalls andere hinzuziehen
 - muß einfühlsam sein: Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, in den der Patient hineinschlüpfen kann...
 - die meisten Patienten wissen, daß sie todkrank sind
 - durch Aufklärung wird offener Umgang möglich

b) Aufklärung der Angehörigen

- Familie soll in Aufklärung miteinbezogen werden, wenn der Patient es will
 - o => kein gegenseitiges „Etwas-vormachen“
 - o auch Kinder integrieren
 - spüren meist, was vor sich geht (auch wenn man schweigt)
 - haben oft spezielle Fragen

c) Wiederholungsgespräche

- die Erfahrung zeigt, daß die vom Arzt erhaltene Information bzw. Aufklärung oft vom Patienten vergessen oder verdrängt wird
 - o Kontaktpersonen müssen sich auf Lücken im Gedächtnis des Patienten einstellen
 - o Informationen können auch unverstanden gewesen sein
 - dem können Wiederholungsgespräche vorbeugen
 - o auch Pflegekräfte sollten in Gespräche eingebunden werden
 - sind eher Partner in Auseinandersetzung mit der Wahrheit, da sie intensiveren Kontakt mit dem Patienten haben als der Arzt
 - o wichtig: Aussagen von Arzt und Pflegern müssen sich ausnahmslos decken
 - ansonsten Verwirrung beim Patienten

2. Die Bitte um einen erleichterten Tod: Sterbehilfe

- 3 Arten der Sterbehilfe
 - o passiv
 - o indirekt
 - o aktiv/direkt

a) Passive Sterbehilfe

- Ziel: menschenwürdiges Sterbenlassen
 - o z.B. Verzicht auf lebenserhaltende Behandlung bei unheilbar kranken Menschen, die im Sterben liegen
- Einverständnis des Kranken vorausgesetzt
- ist rechtlich-ethisch vertretbar:
 - o man läßt der Natur ihren Lauf
 - o man läßt den Menschen sterben
 - Pflege des Menschen darf nicht vernachlässigt werden

b) Indirekte Sterbehilfe

- tödlich Kranke bekommen ärztlich verordnete, schmerzlindernde Mittel
 - o beschleunigen als ungezielte Nebenursache den Tod
- bei Einhaltung der doppelten Arztpflicht (s.o.) ist auch die indirekte Sterbehilfe rechtlich-ethisch zulässig
- Grundintention muß die Schmerzlinderung sein!

c) Aktive/direkte Sterbehilfe

- gezielte Tötung durch Verabreichung eines Präparates, das den Tod herbeiführt
- in Deutschland gesetzlich verboten (StGb § 216)
 - o strafrechtlich verfolgt

- auch bei ausdrücklicher Zustimmung des Patienten

IV. Sterbebegleitung

- 3% der Krankenhauspatienten sterben dort (Zahl von 2000)
- Ärzte, Pfleger, Krankenhausseelsorger sind oft konfrontiert mit Patienten, deren Diagnose ungewiß oder tödlich ist
 - => Ängste der Patienten, im Krankenhaus sterben zu müssen
 - => nötig: engagierte Sterbebegleitung
 - es soll ein friedvoller, würdevoller Tod ermöglicht werden
 - möglichst angenehme Lebensumstände beim Sterben
 - sollten vom Patienten selbst bestimmt werden
- Ziel der Sterbenden kann auch Lebensverlängerung sein
 - ist aber nicht Ziel um jeden Preis
 - nur sinnvoll, wenn Patient sie selbst planen und nutzen kann
 - sollte aufgrund der kurzen Dauer nicht von anderen geplant werden
 - Pflege und therapeutische Maßnahmen müssen daran gemessen werden, welche Lebensumstände sie ermöglichen, nicht wie lange sie Leben erhalten können
 - => jede medizinische Maßnahme muß auf ihre Notwendigkeit geprüft werden, um den Patienten nicht unnötig zu stören

1. Rahmenbedingungen für die Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung

- die Rahmenbedingungen für die Sterbehilfe sind unterschiedlich
 - gemessen am Stadium der Krankheit

a) *Sterben als letzte Krise*

- Sterben ist, wie die Geburt, Teil des Lebens
 - letzte Krise des Lebens
- kann wie jede Krise Reifung des Menschen voranführen
 - z.B. in Bezug auf die Sinnfrage
 - Frage u.U.: wofür dann noch Reife?
- Betreuung darf Bewußtsein des Todes trotzdem nicht verdrängen
 - darf aber auch nicht hektisch werden
 - es gibt kein „Programm“ des Sterbens...

b) *Kontinuität der Beziehung von Sterbendem und Helfendem*

- Sterbende sind oft von Umgebung abhängig
- Vertrauensbasis zu Pflegern braucht konkrete Bezugsperson
 - kein ständiger Wechsel
- Pfleger kann den Sterbenden im Umgang mit ihm verstehen lernen
 - braucht seine Zeit

c) *Einbeziehung der Angehörigen*

- Aufgabe des Pflegers/Begleiters:
 - Verhindern des „sozialen Todes“, d.h. des Abbruchs jeden Kontaktes
- jede Begegnung des Sterbenden mit Angehörigen unterstützen

- Offenheit für Sorgen der Angehörigen
 - o oft schlechtes Gewissen bei Nicht-Heimversorgung des Patienten
 - o betonten, daß professionelle Pflege im Krankenhaus nicht die Unterstützung durch die Angehörigen ersetzt

e) Bewältigung von Alltagsproblemen, die dem Sterbenden Sorge bereiten

- oft Sorge der Sterbenden für Zukunft der Angehörigen
 - o auch finanziell
 - Lösung: Testament machen, Immobilienkauf etc.
 - o Kontakte herstellen (je nachdem, welcher Dienst benötigt wird)
 - o Papierkram erledigen

2. Umgang mit den Bedürfnissen und Gefühlen des Sterbenden

a) Selbstbestimmung und Hilfslosigkeit

- Selbstbestimmung so lange wie möglich aufrecht erhalten
 - o Sterbender darf nicht entmündigt oder als „so gut wie tot“ angesehen werden!
- auch nonverbale Zeichen des Patienten beachten
- Eigenarten sollen bewahrt, Sonderwünsche akzeptiert werden
- meist hat Sterbender das Bedürfnis, „gepflegt“ zu erscheinen
 - o nach Wunsch unterstützen
 - o nach Möglichkeit eigene Kleidung

b) Angst

- viele Menschen haben Angst zu Sterben
 - o nicht nur Angst vor eventueller Nicht-Existenz
 - o auch Angst vor konkreten Umständen des Sterbens
 - Schmerzen etc.
- dagegen können wirken:
 - o Pfleger, die den Wünschen des Sterbenden so weit wie möglich nachkommen
 - o Versprechen, daß Patient im Sterbemoment nicht allein sein wird

c) Verleugern

- oft wird der Tod mehrere Wochen vor seiner Realisierung geleugnet
- Pflorgeteam muß ständig mitteilen, was der Arzt sagt
 - o keine unbegründete Hoffnung geben
- direkte/wahre Antwort auf Fragen des Patienten kann grausam wirken
 - o besser: verschlüsselte Antworten
 - z.B. „Wir hoffen, aber wir sorgen uns auch...“

d) Wut, Aggression

- wenn Sterbende wütend sind, ist die Versuchung groß, mit Aggression zu reagieren
 - o ist leichter, als Verzweiflung des Patienten anzunehmen...
 - o verschlechtert aber die Situation
 - o Sterbende brauchen ruhiges Begegnen, damit sie selbst ruhig werden können

e) Verzweiflung

- Verzweiflung kann auch von Begleitern hervorgerufen werden
 - o Sprachlosigkeit angesichts des Todes => Verzweiflung
 - o Abwesenheit von Hoffnung ist besser als das Wecken von unrealistischen Hoffnungen
 - nur realisierbare Hoffnungen gut
 - z.B. religiös; Versicherung, daß es keinen Würdeverlust beim Sterben geben wird usw.
- wichtig weiterhin: Gefühle verstehen, Zuhören

f) Raum- und Zeitgestaltung

- jeder Mensch bezieht die Zukunft in seinen Gedanken mit ein
 - o Sterbende können dies nicht
 - o Pflegende sollten deshalb auf die Wünsche der Sterbenden betreffs der Gestaltung der noch bleibenden Zeit eingehen
 - Schlaf- und Eßgewohnheiten
 - Zulassen von freier Zeit
 - Schutz vor „Zeittötern“ (Radio, TV)
 - Uhren können für Sterbende zum wichtigen Symbol werden: das Leben findet noch in der Zeit statt
 - stehengebliebene Uhren können Sterbende zutiefst erschrecken, ebenso kann ihn das Ticken einer Uhr ans Sterben erinnern
 - Krankenzimmer ist für Sterbende kein funktioneller Raum mehr
 - wird zum „zu Hause“
 - o deshalb sollten Bilder, Fotos, eigene Möbelstücke und weitere persönliche Gegenstände den Raum vertrauter machen dürfen
 - o Verlegung auf andere Zimmer vermeiden
 - auch auf Angst der Patienten, z.B. im Bad zu sterben, ist einzugehen

g) Kommunikation

- auch durch Zuhören kann den Sterbenden geholfen werden
- oft hat der Patient ein großes Bedürfnis, seine Lebensgeschichte zu erzählen
 - o kann sich dadurch selbst annehmen und seine Erfahrung weitergeben
- stiller Beistand ist manchmal angebracht
- Sterbende ziehen sich in den letzten Tagen von Gesprächen zurück, suchen die Ruhe
 - o Kommunikation vollzieht sich nicht nur über Sprache, sondern auch über Blickkontakte, Körperkontakte, Gesten usw.
 - müssen vor allem in diesen Tagen sensibel eingesetzt werden

V. Die Hospizbewegung

1. Geschichte

- christliche Tradition: Hospiz ist ursprünglich eine Herberge für Reisende
- heute: umfassende Begleitung von Sterbenden
- erstes Hospiz 1967 in London: „St. Christopher“

- von Cicely Saunders begründet
 - war in Forschung und Lehre tätig
- in Deutschland ist die Hospizbewegung noch sehr jung
 - erste Gründung 1986 in Aachen
 - 2001 gab es in Deutschland 20 Hospize

2. Ziele der Hospizbewegung

- Hauptziel:
 - Bemühen, den Sterbenden außerhalb der gewohnten Umgebung beizustehen
- Konzept kann in 6 Punkten umrissen werden:
 - 1) Optimale medizinische Linderung körperlicher Symptome (Schmerzbekämpfung)
 - 2) Menschliche, ganzheitliche Betreuung des Sterbenden und (!) seiner Angehörigen
 - 3) Fürsorge durch ein interdisziplinäres Team
 - Pflegepersonal, Ärzte, Psychotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter, freiwillige Helfer
 - 4) Begleitung von Trauernden
 - 5) Aufnahme von Sterbenden in das Hospiz unabhängig von den Kosten
 - 6) Kooperation mit bestehenden Institutionen und Diensten statt Konkurrenzkampf
- Sterbende sollen ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt haben
 - => auch freiwillige Helfer
- Bewegung distanziert sich deutlich von der aktiven Sterbehilfe
 - legt vielmehr Wert auf die Linderung der quälenden Symptome
 - => beim Sterbenden soll gar nicht der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe erwachsen

3. Einrichtungen, Organisationen und Fortbildung

- ambulante Hospizdienste, die Sterbende in der Wohnung betreuen
- stationäre oder teilstationäre Hospize werden von niedergelassenen Ärzten mitversorgt
- Palliativstationen: immer an eine Klinik angeschlossen
 - können dort über medizinische Geräte verfügen
- Gemeinsamkeit von Hospizen und Palliativstationen:
 - Ziel, unheilbar Kranken größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen
- Weitere Einrichtungen:
 - „Mit dem Sterben leben e.V.“ (Abkürzung: Ω)
 - IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebens???)
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von stationären ???
 - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

- nahender Tod ist zu erkennen an der Veränderung der Vitalzeichen:
 - o unregelmäßiger Atem
 - o unregelmäßiger Puls
 - o abfallender Blutdruck
 - o Haut wird kalt, blaß und bläulich
 - o Bewußtsein schwindet
 - o zuletzt Ausfall von ZNS, Herz und Lunge
- genauer Zeitpunkt des Todes ist nicht festzustellen
- Bestimmung des Todes ist aber sehr wichtig
 - o erst bei einem Toten darf ein Arzt Organe entnehmen und die Therapie zur Lebenserhaltung abbrechen
 - o bei einem noch Lebenden kann eine Reanimation sinnvoll sein

- Definition des Todes heute:
 - o Ausfall aller ZNS-Funktionen („Hirntod“)
- Im klinischen Alltag unterscheidet man verschiedene Arten des Todes:
 - 1) *Scheintod*
 - *vita minima/reducta*
 - Atmung und Herzschlag nicht mehr wahrnehmbar, aber noch nicht erloschen
 - zahlreiche Berichte von Schwierigkeiten der Todesdiagnostik
 - v.a. in Krisenzeiten (Pest)
 - oft bei Vergiftungen, Unterkühlten oder fast Ertrunkenen

 - 2) *Klinischer Tod*
 - Stillstand von Atmung und Kreislauf
 - plus „unsichere“ Todeszeichen:
 - Bewußtlosigkeit
 - Ausfall der Spontanatmung
 - Herz- und Kreislaufstillstand (Puls)
 - Ausfall der Hirnstammreflexe
 - Ausfall der Kornealreflexe (Hornhaut des Auges)
 - Ausfall der Reaktion der Schmerzreize
 - Lichtstarre (keine Reaktion auf Lichtreize)
 - keine Reaktion auf auditive Reize
 - Schläffheit (Muskelatomie); reflexlose Extremitäten
 - bei allen Kennzeichen: Diagnose = klinischer Tod
 - „unsicher“, da diese Menschen manchmal wieder ins Leben zurückgerufen werden können mittels moderner Technik
 - Zeit bis zur Reanimation sehr begrenzt
 - manchmal ist Weiterleben durch Reanimation möglich ohne Einbüßen der Lebensqualität
 - Gefahr von Hirnschädigungen oder Wachkoma (apallisches Syndrom)
 - nicht jede technisch mögliche Animation ist sinnvoll
 - wenn absehbar ist, daß der Mensch bald stirbt oder daß die Lebensqualität nicht zu retten ist, der Patient nur noch leiden wird, dann sollte über den Sinn der Reanimation nachgedacht werden

- Entscheidung trifft letztendlich der Arzt, der sich mit den Angehörigen zu beraten hat
 - schriftliche Festlegung nötig, sonst kann das Pflegepersonal allein entscheiden
 - in Notfällen: oft keine Zeit für ein Beratungsgespräch; Arzt muß dann davon ausgehen, daß ein Lebenswille des Patienten besteht
 - muß reanimieren (außer, wenn sichere Todeszeichen vorliegen)

3) *Dissoziierter Hirntod*

- definitiver Ausfall aller Funktionen des Gehirns
 - auch wenn die Herz-Lungen-Funktion durch Maschinen intakt gehalten wird
- weitere Kennzeichen:
 - Bewußtlosigkeit
 - keine spontane Atmung
 - keine Hirnstammreflexe
 - keine spontane Reaktion
 - Rückenmarkreflexe etc. können u.U. noch erhalten sein
- Hirntod muß von zwei Ärzten diagnostiziert werden
- Diagnose stützt sich auf ein Null-Linien-EEG über 30 Minuten, das völlige hirnelektrische Stille und damit den Funktionsverlust des Gehirns anzeigt
- Vergiftungen und Unterkühlungen müssen ausgeschlossen sein
- häufigste Gründe für das Eintreten des Hirntods:
 - Schädeltraumen, intrazellebrale Blutungen, Herz-Kreislauf-Stillstand
- Nachweis des Hirntods erlaubt den Therapieabbruch und die Organtransplantation

4) *Biologischer Tod*

- Erlöschen sämtlicher Organfunktionen
- „sichere“ Todeszeichen:
 - Totenflecken
 - erst einige Stunden nach dem Tod (roter Blutfarbstoff gelangt ins Gewebe)
 - Totenstarre
 - als Folge der Kontraktion der Muskulatur
 - Leichenstarre, rigor mortis
 - 4-5 Stunden nach dem Tod
 - löst sich nach 1-6 Tagen durch Fäulnis
 - allmählicher Abfall der Körpertemperatur
 - Trübung der Hornhaut
 - Fäulnis

A) Gefühle tolerieren

- Gefühle der Angehörigen schwanken zwischen ungläubiger Abwehr, tiefem Schmerz und gefaßter Akzeptanz
- u.U. kommt es zum Schock
 - o heftige Gefühlsausbrüche oder eisige Unnahbarkeit
 - o leitet Trauerprozeß ein

B) Schuldzuweisungen relativieren

- oft weisen die unter Schock stehenden Angehörigen anderen unfair die Schuld am Tod des geliebten Menschen zu, z.B. dem Pflegepersonal

C) Zeit lassen

- wichtig: Zeit und Stille zum Abschiednehmen
- auch Anschauen der Leiche und Gespräche mit ihr, als ob sie noch hören könnte
 - o z.B. kann so ein nicht ausgetragener Streit beigelegt werden
 - o Schwelgen in gemeinsamen Erinnerungen hilft im Trauerprozeß
- auch Berühren der Leiche sollte zugelassen werden
- im Krankenhaus Abschiedsfeiern, die den Abschied erleichtern

VIII. Religiöse Gebräuche bei der Versorgung von Toten

1. Judentum

- Feder wird über den Mund gelegt
 - o 8 Minuten wird beobachtet, ob Sterbender/Toter noch atmet
- Sohn schließt dem Toten die Augen
- Arme werden seitlich am Körper ausgestreckt
- Körper wird mit den Füßen zur Tür auf den Boden gelegt
- neben dem Kopf des Verstorbenen brennt eine Kerze
- Toter darf nicht alleine gelassen werden
- später wird er von der „Heiligen Gesellschaft“ abgeholt
 - o rituelle Heiligung als Vorbereitung für die Erdbestattung
- nicht-orthodoxe Juden leiten die Beerdigung schneller in die Wege, was sich der Herkunft des Brauches aus heißeren Ländern verdankt

2. Christentum

- dem Verstorbenen werden die Hände wie zum Gebet über der Brust gefaltet
- oft ein Kreuz oder einen Rosenkranz als Beigabe
- Begräbnis findet nicht vor dem dritten Todestag statt
- u.U. wird eine Totenwache gehalten
 - o neben dem Verstorbenen Kerze als Symbol der Auferstehung

3. Islam

- Leiche darf unmittelbar nur von Muslimen berührt werden
 - o alle anderen müssen Handschuhe tragen
- Arme werden seitlich am Körper ausgestreckt
- Füße werden mit einem Faden am großen Zeh zusammengebunden
- der Kopf wird in Richtung Mekka gedreht, das Kinn zeigt nach oben (?)
- Leichnam wird ungewaschen in ein Leinentuch gewickelt und entweder nach Hause oder in eine Moschee gebracht, wo er dann gewaschen wird
- dann werden ihm die Arme über der Brust gekreuzt

- innerhalb von 24 Stunden soll die Leiche bestattet werden
- kein Sarg, da die Leichen in Tücher eingehüllt werden
- keine Grabsteine für die Verstorbenen

- 4. Hinduismus und Buddhismus
 - Leiche darf von Anhängern anderer Religionen berührt werden
 - es wird darauf geachtet, daß die Seele nicht am Verlassen des Körpers gehindert wird
 - o deshalb liegt der Leichnam auf einem Laken ohne jedes Emblem
 - beide Religionen: ausschließlich Feuerbestattung

- 5. Staatliches Bestattungsgesetz
 - Bestattungsgesetz ist Sache des Landes, nicht des Bundes
 - Schwerpunkte:
 - 1) Bestattungszwang:
 - jede Leiche muß bestattet werden
 - Leiche = auch Totgeburt von mind. 500g.
 - nicht bei Fehlgeburten oder Totgeburten unter 500g
 - bei Fehl- oder Totgeburt: eigene Begräbnisliturgie
 - 2) Friedhöfe:
 - Art der Beisetzung kann eine Erd- oder eine Feuerbestattung sein
 - die Überreste müssen (!) auf Friedhöfen beigesetzt werden
 - bei Bestattungsart ist der Wille des Verstorbenen ausschlaggebend
 - nur in Ausnahmefällen ist die Beisetzung außerhalb des Friedhofs gestattet
 - 3) Leichenschau:
 - Beerdigung darf erst nach der Leichenschau stattfinden
 - Totenschein
 - sichere Todeszeichen
 - Arzt muß feststellen, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt
 - liegt kein natürlicher Tod vor oder ist die Leiche unbekannt, muß der Rat eines Staatsanwalts eingeholt werden
 - jeder Arzt, der im Gebiet des Todes des Menschen niedergelassen ist, ist zur Leichenschau verpflichtet
 - 4) 96 Stunden:
 - Leiche muß nach spätestens 96 Stunden bestattet sein (ohne Samstag und Sonntag)

- Versorgung der Toten gemäß dem staatlichen Bestattungsrecht:
 - o Sorge um die Toten gehört zu den ältesten Zeichen der menschlichen Kultur
 - o Art der Bestattung hängt von der jeweiligen Kultur und den Lebenssituationen ab (Sarkophage, Mumien etc.)
 - o Art der Bestattung ist Ausdruck der Welt-, Jenseits- und Menschenbilder der jeweiligen Gesellschaft
 - früher hat man durch die Feuerbestattung bewußt die Auferstehung leugnen wollen, was heute nur noch selten der Fall ist

- Ort der Bestattung sollte grundsätzlich der Friedhof sein
- Wahrung der Würde auch des toten Menschen ist ein Grundanliegen des Bestattungsrechtes
- Wahl des Bestattungsortes obliegt den Totensorgeberechtigten (Angehörige, Lebenspartner), wenn der Tote nicht selbst eine Bestimmung getroffen hat
- CIC (von 1917): Kremation verboten (Can. 1176f)
 - Verbot ist im neuen CIC aufgehoben
- Art der Bestattung kann auch abhängig sein
 - von finanziellen Aspekten
 - Feuerbestattung ist billiger; man erspart sich Grabpflege durch ein anonym gehaltenes Grabfeld
 - von familienbedingten Rücksichten
 - Urnen sind besser zu transportieren; bei Alleinstehenden ist i.d.R. keine Grabpflege gewährleistet
- neues Bestattungsgesetz: Ausstreuen der Asche ist vorgesehen
 - z.B. auf einer Wiese oder im Wald
 - Neuerung sollte man nicht vorschnell verurteilen
 - sinnvolle symbolische Deutung des „Aussäens“ der Asche
- anonyme Bestattung / Ausstreuen der Asche:
 - Erinnerung an den Verstorbenen verblaßt schneller, da kein „Haltepunkt“, kein Ort der Erinnerung durch eine Grabstätte gesetzt ist
 - Gedächtnis der Toten wird immer anonym
 - Gegensatz: neue Gedenkorte
 - „Grabsteine“ unter www.ewiges-leben.de
 - Kreuze und Grabsteine an Unfallstätten

IX. Trauer: Abschied und Anfang

- Trauer beinhaltet Gefühle von heftigem Schmerz, Verlassenheit, Zorn und Ungläubigkeit nach dem Verlust eines geliebten Menschen
- Trauer meint aber auch den Prozeß, der den Hinterbliebenen ermöglicht, sich in einer Welt zu orientieren, die nie mehr so sein wird, wie sie vor dem Tod des Angehörigen oder Freundes war
- Sigmund Freud bezeichnete diesen Prozeß als Trauerarbeit
 - Dauer: ca. 1-2 Jahre
- Trauer ist auch dann erlaubt, wenn man an ein besseres Jenseits glaubt
 - Hinterbliebenen erleben Tod immer als schmerzlich
 - => Trauer gilt weniger dem Schicksal des Toten als der Beziehung, die unwiederbringlich verlorengegangen ist
- mögliche Trauerreaktionen:
 - Totenklage
 - ist in allen Kulturen melodisch ähnlich
 - Körpersprache der Trauer
 - Weinen, Schluchzen etc. (wird überall verstanden)
 - Trauergemeinschaften, die den Tod in ritualisierter Form beklagen
 - z.B. Trauer- und Abschiedsgottesdienste, Totenmessen
 - bestimmte Kleidung (Christen: schwarz)

- Trauernde schließen sich während der Trauerzeit von bestimmten Veranstaltungen aus
- Trauerrituale können die Bewältigung der Trauerarbeit erleichtern
 - tun sie es nicht, sollte man sie meiden
 - sind stark abhängig von der jeweiligen Kultur
 - Muslime: Trauernde sollten laut weinen und klagen
 - bei europäischen Christen: es wird eher verlangt, daß der Trauernde schnell wieder gefaßt ist
 - „In stiller (!) Trauer“
 - kann dazu führen, daß Trauernde isoliert werden und nicht fähig sind, ihrem Schmerz angemessen Ausdruck zu verleihen

1. Phasen der Trauer

- Elemente der Trauer:
 - Schock, Trauerverhalten, Trauerbewältigung und Neuorientierung
- „Modelle“ der Trauerphasen => Gemeinsamkeiten der Einzelfälle werden gesucht, das Individuelle wird vernachlässigt
- Trauerphasen nach Bowlby:

1. Phase: Betäubung

- erste Minuten nach der Todesnachricht: grundsätzlich ist jede Reaktion möglich (Übelkeit, Ohnmacht etc.)
- kurz danach spielen sachliche Probleme die scheinbar größte Rolle
 - Sarg, Friedhof, Behördengänge, Beerdigung etc.
 - = erster Halt, Ablenkung, man verdaut den Schock besser

2. Phase: Sehnsucht

- Trauernder sucht nach dem verlorenen Toten
 - kramt Fotos, Lieblingsstücke und Erinnerungen heraus.
- Tod tritt nun ins Bewußtsein

3. Phase: Linderung durch Vermeidung

- Trauernder versucht, dem Schmerz auszuweichen
 - führt z.B. gewohnte Gespräche mit dem Toten weiter, richtet sich nach dessen Wünschen, deckt ihm weiterhin den Tisch...

4. Phase: Desorganisation und Verzweiflung

- Trauernder macht innere Kämpfe durch
- wähnt die Sinnlosigkeit des weiteren Lebens
- Bewältigung des Alltags gelingt nicht mehr
 - Trauernder ißt nicht mehr, öffnet keine Post etc.
- häufig: geschwächte Widerstandskraft und Immunsystem werden zum gesundheitlichen Risikofaktor
 - Witwen und Witwer sterben doppelt so schnell wie nicht trauernde Gleichaltrige

5. Phase: Reorganisation und Bewältigung

- Schmerz läßt langsam nach
- Wohnungswechsel und/oder Aufnahme einer Arbeit
- Erinnerungen schmerzen nicht mehr so
- Sinn in einem Neuanfang

2. Traueraufgaben

- Trauerbegleiter J.W. Worden beschreibt 4 Aufgaben
 - sind vom Trauernden zu leisten, damit er wieder froh werden kann:
 - 1) Verlust als Realität akzeptieren
 - z.B. aufhören, den Tisch für den Verstorbenen mit zu decken
 - 2) Den Trauerschmerz erleben
 - d.h. der Trauernde sollte die Gedanken an den Verstorbenen nicht verdrängen, sondern zulassen und ggf. aussprechen
 - 3) sich in veränderte Umwelt einfügen
 - Hinterbliebener muß die Aufgaben des Verstorbenen übernehmen
 - 4) einen Teil der emotionalen Energien, die für die Beziehung zum Toten gebraucht wurden, für anderes nutzen
 - z.B. Hobbies, neue Beziehungen aufbauen
- i.d.R. ist Trauer keine Krankheit, die durch Medikamente behandelt werden kann
 - medikamentöse Behandlung wäre eher kontraproduktiv, da echte Gefühle dann verschleiert würden
- Symptome der Trauer können sein:
 - Kraft-, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Gefühl von Sinnlosigkeit und Leere, Wut, intensive Beschäftigung mit dem Bild des Toten, Schuldgefühle etc.
- Trauerprozeß kann auch mißlingen
 - => dauerhafter Trauerzustand
 - = pathologische Trauer / Trauerkrise
 - kann sich auch darin äußern, daß überhaupt keine Trauer deutlich wird (Verdrängung)
 - psychotherapeutische Hilfe

3. Hilfe für Trauernde

- Gefühl der Trauernden nach dem Tod ist stark von den letzten Tagen vor dem Todesereignis beeinflusst (Streit z.B.)
- erster Schritt zur Hilfe für Trauernde:
 - Sicherstellung einer guten Sterbehilfe
 - = antizipatorische (vorwegnehmende) Trauer
 - hilft schon vor dem eigentlichen Tod den Trauernden
 - Angehörige denken dann schon frühzeitig über ihr Leben nach dem Tod des Sterbenden nach
- Möglichkeiten zur Hilfe für Seelsorger und Pflegende:
 - Trauernde ermutigen, den Toten zu berühren, damit die Realität des Todes im wahrsten Sinne des Wortes begreifbar wird
 - Trauernden mitteilen, daß sie ihre Gefühle ausdrücken dürfen

- Schmerz und Trauer wird dann bewußt erfahren
 - explizite Aufforderungen vermeiden
 - Zuhören!!
 - Aufmunterungsversuche sind meist zwecklos
 - Floskeln vermeiden
 - Aufbau neuer Beziehungen oft durch Schuldgefühle behindert
 - Aussprache kann den Umgang damit erleichtern
 - „negative“ Gefühle zulassen, auch noch Monate und Jahre nach dem Todesfall
 - falls pathologische Trauer vorliegt, einen Arzt einschalten
 - Bewußtmachung der Realität
 - auch Seelsorger können den Tod nicht ungeschehen machen
- Hilfe für trauernde Kinder
- falsche (!) Vorstellung, daß Kinder vor Schmerz und Trauer geschützt werden sollen
 - d.h. Gespräche über Tote in ihrer Anwesenheit vermeiden
 - aber: Trauer selbst kann nicht verhindert werden
 - Kinderleben verändert sich durch einen Todesfall genauso wie ein Erwachsenenleben
 - Unterschied: Kinder können den Schmerz nicht verbal ausdrücken
 - oft Wut auf den Verstorbenen, weil er sie verlassen hat
 - Hilfe: aufmerksam zuhören
 - Ablenkungsmanöver sinnlos

4. Trauer nach frühem Verlust eines Kindes

- Ideal Kinder überleben ihre Eltern
- => Tod eines Kindes wird einschneidend erfahren, auch wenn es sich dabei um eine Tot- oder Fehlgeburt handelt
 - auch hier 1-2jähriger Trauerprozeß (bei beiden Eltern)
- oft wird verlangt, daß Eltern nach dem Verlust des Kindes an der Arbeit und im Alltag wieder reibungslos „funktionieren“
 - nach einer Abtreibung: oft Schuldgefühle, die das Trauern verhindern.
 - häufig Unfähigkeit, mit dem Partner darüber zu reden
- früher: man brachte das tote Kind nach einer Abtreibung, Tot- oder Fehlgeburt sofort von den Eltern weg, damit sie es nicht sehen
 - heute: Eltern können sich, wenn sie es wünschen, vom Kind verabschieden
 - oft wird das Kind so angenommen, wie es ist, auch mit Mißbildungen
 - einige Eltern wünschen, es zu berühren
 - anschließend Beerdigung
- bei der bewußten Entscheidung für die Abtreibung
 - oft ist Abschied vom Kind innerlich schon abgeschlossen
- bei Fehlgeburt:

- kein Abschied möglich
- deshalb: eigene Begräbnisliturgie
- Eltern sollten ihre Trauerzeit nicht zu sehr ritualisieren
 - ansonsten Gefahr, daß sie anderen Kindern das Gefühl geben, minderwertig zu sein
- Hilfe: Selbsthilfegruppen (Adressen vom Pflegepersonal)

5. Trauer nach Tod durch Suizid

- nach einem Suizid: quälende Frage nach der Ursache des Todes und nach der eigenen Schuld
 - => tiefe Verunsicherung
- Wille zum Tod bedeutet für die Hinterbliebenen oft eine tiefe Kränkung
 - der Tote hat die Trauernden absichtlich verlassen
 - bald beginnt die Suche nach dem Schuldigen
 - bei Jugendlichen: Eltern
 - bei Erwachsenen: Lebenspartner
- es droht soziale Isolation der Trauernden
- Tabuisierung der Suizide
 - gerade bei Selbstmorden ist eine Bewältigung der Trauer wichtig
 - wird eh erschwert dadurch, daß offen gebliebene Fragen für immer ausgehalten werden müssen

X. Eine Chance zur Gestaltung des Sterbens: Die Patientenverfügung
--

- häufige Meinung: moderne Medizin verlängert das Sterben, selbst wenn es zur Qual geworden ist
 - => Umfragen ergeben: Wunsch nach Legalisierung der Euthanasie
- Patientenverfügung kann eine wichtige Hilfe sein
 - angesichts der gegenwärtigen Wertepluralität und der Verdrängung von Leiden und Sterben
 - traditionelle Familienstrukturen, in denen früher über das eigene Begräbnis etc. gesprochen wurde, sind weitestgehend aufgelöst
- Patientenverfügung beinhaltet Maßnahmen, über das Ende des eigenen Lebens selbst zu verfügen
 - alte Bezeichnung: „Patiententestament“
 - unpassend erschien, da es nicht um Zeit nach dem Tod geht
- gegenwärtig: Fachdebatte
 - Allgemeinheit ist noch relativ uninformiert.
- USA seit 1977: „National death act“
 - = schriftliche Willenserklärung, in der der Arzt angewiesen wird, lebensverlängernde Maßnahmen nicht anzuwenden
 - dieser „living will“ ist bindend!
 - Arzt kann nicht wegen Tötung zur Verantwortung gezogen werden
- diese Art der Verfügung auch in der BRD diskutiert

- Bundesärztekammer äußerte sich zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998:
 - wertete Patientenverfügung auf
 - sei wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes durch ihre grundsätzliche Verbindlichkeit
- in der Bevölkerung auch positive Aufnahme
 - repräsentative Umfrage 1995:
 - 70% positive Bewertung der Verfügung
 - 16% dagegen
 - 14% unentschieden
 - je jünger die Befragten, desto positiver war die Bewertung
- Definition:
 - = Äußerung eines (möglichen) Patienten, die in Hinsicht auf die Lebenssituation getroffen wird, in der sich der Betroffene selbst nicht mehr äußern kann
 - geschieht prospektiv (vorausschauend) und vorsorglich
- Patientenverfügung ist nicht an die schriftliche Form gebunden
 - auch mündliche oder Videoaufnahmen
- Patient legt in der Verfügung die Art der medizinischen Behandlung fest
 - es gibt vorgedruckte Formulare
 - dort auch Erklärungen zum Therapieverzicht gemacht und zu den Formen der Therapie
 - außerdem: Wertvorstellungen des Patienten werden berücksichtigt, was ansonsten oft vergessen geht
 - Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird erleichtert
 - Arzt soll um die persönlichen Werte des Patienten wissen, denn diese sind in der wertpluralen Gesellschaft nicht mehr als selbstverständlich vorzusetzen
- in der Verfügung darf nur moralisch und rechtlich Erlaubtes niedergelegt sein
 - Tötung (aktive Lebensbeendigung) ist verboten!
- andere Möglichkeit, selbst über sein Sterben zu bestimmen: Vorsorgevollmacht
 - bestimmte Person wird autorisiert, Entscheidungen statt des Patienten zu treffen
 - wird vom Patienten selbst dazu bevollmächtigt (vgl. BGB, Art. 1896, 1; 2 BGB Art. 1904,2) = Betreuer ≠ Vormund
 - Bevollmächtigter kann anstelle des Patienten entscheiden
 - kann, muß aber kein Verwandter sein, auch andere Bezugspersonen kommen in Frage
- Patientenverfügung gründet im Recht auf Selbstbestimmung
 - dabei wird stillschweigend vorausgesetzt, daß der Patientenwille der Standardversorgung im Krankenhaus widerspricht
 - sonst bräuchte man die Verfügung nicht
 - Wohl des Patienten steht hier NICHT über seinem Willen, sondern die Selbstbestimmung wird als das höhere Gut angesehen
- Bewertung der Patientenverfügung auf zwei Weisen möglich:
 1. Die Verfügung hat *unterstützt* den Patientenwillen
 - ohne Verbindlichkeit
 2. Die Verfügung ist *verbindlicher* Ausdruck des Patientenwillens

- Diskrepanzen der Verfügung laut 1.:
 - 1) zeitlicher Abstand zwischen dem Abfassen der Verfügung und dem Zeitpunkt des Sterbens
 - dagegen: Unterschrift immer wieder erneuern
 - 2) Differenz zwischen vorgestellter und realer Sterbesituation
 - dagegen: nicht die klinische Versorgung soll in den Vordergrund gerückt werden, sondern die grundlegenden Kriterien, die für die Entscheidung des Patienten ausschlaggebend waren
 - allgemeine Kriterien statt konkrete Situation
 - 3) Differenz zwischen Gesagtem und Gemeintem
 - dagegen: ist Unterstellung, daß er Patient etwas anders schreibt, als er es eigentlich gemeint hat
 - ausformulierte Formulare helfen (möglichst standardisiert)
 - 4) Differenz zwischen Gemeintem und Verstandenem
 - dagegen: wie 3)
 - sorgfältige Formulierungen
 - vom Arzt ist Offenheit für das zu Verstehende zu erwarten
 - außerdem: hermeneutische Probleme gibt es bei allen Kommunikationsprozessen!
- => Kriterien für die Patientenverfügungsformulare:
 - müssen im Zustand voller Zurechnungsfähigkeit verfaßt worden sein
 - Patient muß mit seiner Unterschrift wohl informiert, wohlüberlegt und frei von Zwängen gehandelt haben
 - Verfügung muß über ein Mindestmaß an innerer Konsistenz verfügen, da sonst gewählte Präferenzen nicht nachvollzogen werden können
 - bei der Anwendung sollte die Patientenverfügung die immer noch aktuelle Auffassung des Betroffenen widerspiegeln
- fraglich bleibt, ob man an die Patientenverfügung erhöhte kommunikative Standards stellen soll
 - immerhin handelt es sich beim Sterben um eine Ausnahmesituation
- Probleme, die sich ergeben, hängen mit den o.g. Diskrepanzen 1-4 zusammen
 - Minimierung der Diskrepanzen unter Beachtung der genannten Kriterien => Patientenverfügung kann als expliziter Wille des Patienten angesehen werden
 - alles andere würde dem Autonomieprinzip und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten widersprechen
- 25.10.1999 Handreichung der Bundesärztekammer zum Umgang mit der Patientenverfügung:
 - Verfügung entlaste den Arzt
 - kann sich auf seine Diagnose konzentrieren
 - Patient kann sicher sein, daß seinem Willen entsprochen wird, auch wenn er sich nicht mehr äußern kann
- Patientenverfügungsformular unter www.dbk.de
- 1999 EKD und DBK: Broschüre „Christliche Patientenverfügung“:

- stieß auf großes Interesse (hohe Auflage)
- von Fachgebietsvertretern erarbeitet
- Fortschreibung zur „normalen“ Patientenverfügung
- Broschüre versucht, innere Beweggründe deutlich zu machen, die von der Überzeugung getragen sind, daß die Annahme von Tod und Sterblichkeit zum Leben gehören
 - Entscheidung darüber sollte man selbst treffen und nicht in die Hände der Mediziner legen
- Mittelweg zwischen unzumutbarer Lebensverantwortung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung
- durch die Verfügung wird intendiertes Töten ausgeschlossen
 - außerdem deutlich zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden
 - passive Sterbehilfe (Sterbenlassen) sei auch von christlicher Seite her verantwortbar
 - neben passiver auch indirekte Sterbehilfe akzeptiert
- Vordruck des Formulars ohne theologische Konnotation, damit auch Andersgläubige davon Gebrauch machen können.
- Bisher werden Patientenverfügungen nur in Krankenhäusern verteilt
 - sollten auch in Alten- und Pflegeheimen Verbreitung finden

§ 14 UMWELT UND ETHIK

- I. Die Begründung menschlicher Verantwortung für die Umwelt
- II. Grundaussagen des christlichen Glaubens zum Verhältnis „Mensch - Umwelt“
- III. Entscheidungs- und Urteilskriterien

§ 15 TIERETHIK UND TIERVERSUCHE

hier fehlt einiges...

I. Zur Problematik

II. Ansätze der ökologischen Ethik

III. Tierethische Konzepte

IV. Konkretisierungen

- Umgang mit Tierversuchen ist abhängig vom konkreten Fall
- moralische Richtlinien:
 - 1) Tierversuche nur dann, wenn der Forschungszweck nicht anders erreicht werden kann
 - 2) Übertragbarkeit auf den Menschen muß sicher sein
 - 3) Tierversuche sind auf ein Mindestmaß zu beschränken unter Ausschöpfung aller methodischen Mittel
 - 4) Ersatzmethoden (z.B. Simulation am PC) sind, wo immer möglich, bevorzugt einzusetzen
 - 5) Grundlagenforschung mit Tieren ist nur dann statthaft, wenn die Ergebnisse zur Lösung menschlicher Probleme dienen
 - 6) Bei der Mediziner Ausbildung sind Tierversuche nur dann durchzuführen, wenn keine tierversuchsfreien Mittel zur Verfügung stehen
 - außerdem: unter Medizinstudenten sollten auch ethische Probleme diskutiert werden!
 - 7) Doppel- und Wiederholungsversuche sind zu vermeiden
 - Experten an verschiedenen Unis müssen nicht dasselbe erforschen
 - Austausch wird möglich durch Vernetzung von Datenbanken
 - 8) Tierversuche erfordern Forscher besonderer Sensibilität, um Leiden und Schmerzen der Tiere, soweit wie möglich, zu verhindern
 - 9) Den Bedürfnissen der Versuchstiere ist in besonderer Weise Rechnung zu tragen
 - 10) Dem Versuchstier ist artgemäße Nahrung, Pflege und das Gemeinschaftsbedürfnis befriedigende, verhaltensgerechte Unterbringung und medizinische Versorgung zu gewährleisten
 - 11) Die Belastung des Tieres durch Schmerzen ist zu vermeiden, die Intensität von Schmerzen zu mindern
 - Wenn Tiere bei Versuchen leiden, sind sie besser zu töten
 - 12) Ethisch nicht zu rechtfertigen sind Tierversuche zur Entwicklung von Waffen, schmückender Kosmetika und Luxusgütern

§ 16 KLONEN VON TIER UND MENSCH

(nicht gelesen, hier Exzerpte aus: Reiter, J.: Die genetische Gesellschaft. Limburg 2002. S. 63-78)

- Traum, Menschen nach seinen Vorstellungen zu formen und zu verändern
- wurde Ende Februar 1996 scheinbar wahr:
 - o nahe Edinburgh gelingt Klonierung eines Schafes
 - => Dolly
- Reaktionen:
 - o Aufsehen in der Öffentlichkeit
 - o ethische, juristische und wissenschaftliche Prüfung:
 - Bill Clinton beauftragt nationale Ethikkommission der USA
 - Jürgen Rüttgers (damaliger Bundesforschungsminister) beauftragte Rat für Forschung, Technologie und Innovation

I. Das Neue an der Klonierung von Dolly

- erstmals ist es gelungen, von einem erwachsenen Säugetier einen jüngeren genetisch identischen Zwilling herzustellen
 - o normalerweise: ausdifferenzierte Zellen sind nicht mehr fähig, wieder embryonale Eigenschaften anzunehmen
 - Forschern gelang dies durch geschickte Manipulation
- Dolly = exakte Kopie des Schafes, von dem die Euterzelle stammte, die in eine entkernte und unbefruchtete Eizelle eingesetzt wurde
- Patent für diese Technik des Klonens hat die Firma PPL-Therapeutics
- Klonen selbst ist nicht neu
 - o schon seit Jahren in der Tierzucht
 - z.B. Mäuse und Ratten für Tierversuche
- Natur klonet auch:
 - o Bakterien
 - o eineiige Zwillinge
- aber: Mensch darf nicht alles nachmachen, was in der Natur geschieht!
 - o eineiige Zwillinge: Erbmaterial identisch, aber von Vater + Mutter
 - o künstlicher Klon: gesamtes Erbmaterial nur eines Individuums
 - man könnte beliebig große Zahl identischer Exemplare herstellen
- außerdem: selbst eineiige Zwillinge sind nicht völlig identisch
 - o aufgrund der Dynamik des Erbgutes
 - verändert sich im Laufe des Lebens (z.B. Zellen des Immunsystems)

II. Warum geklonte Tiere?

- Frage nach dem Warum...
 - o besonders drängend, wenn es um Klonen von Menschen geht
 - Klonexperimente an menschlichen Embryonen bereits 1993 von Jerry Hall
 - nach 2 Tagen abgebrochen
- für Tierzüchter ist Antwort:
 - o Optimierung der Zucht
 - gleichbleibend gute Qualität

- geklonte Hochleistungsklasse
- weitere Antworten:
 - um menschliche Krankheiten zu studieren (Ian Wilmut)
 - geklonte Tiere als Bioreaktoren für pharmazeutische Substanzen
 - = „Genfarming“
 - geklonte Tiere als „Ersatzteillager“, um ihre Organe auf den Menschen zu übertragen
 - ökonomisches Potential...

III. Verstoß gegen die Schöpfung?

- mit Dolly tauchte Begriff der Schöpfung wieder auf
- biblische Schöpfungsberichte
 - Gen 1,28 (priesterlich): Untertanmachen der Erde
 - Gen 2,15 (jahwistisch): Bebauen und Bewahren
- beide Linien sind zu berücksichtigen
- Gott = menschenbezogener Gott
 - schafft Menschen nach seinem Abbild
 - schafft auch andere Geschöpfe
 - => Mensch ist ein Mitgeschöpf unter anderen
 - Ähnlichkeit allen Seins mit Gott gebietet dem Menschen Ehrfurcht vor der übrigen Schöpfung
 - Verantwortungsbewußtsein
 - => Grenzen für das menschliche Handeln
- allerdings: Realität der Sünde
 - Geneigtheit des Menschen zum Bösen (Konkupiszenz)
 - Mißbrauch ist immer möglich...
- biblischer Befund:
 - menschliches Eingreifen in die Natur ist legitimiert, oft lebensnotwendig
 - z.B. bei Naturkatastrophen
 - zur Minderung des Zerstörerischen
- „Es gibt keine von der Kultur unberührte Natur, und es gibt keine von der Natur unberührte Kultur.“
- Mensch muß um seiner selbst willen über die Natur verfügen
 - sie aber als Schöpfung Gottes zugleich in ihrem Selbstsein akzeptieren
- Theologie: wahre Freiheit bewährt sich im Verzicht auf das „Machen des Machbaren“
 - Anerkennung von Grenzen
 - Ehrfurcht vor dem Leben und dem Schöpfer

IV. Eigenwert der Mitgeschöpfe

- Wissenschaftler müssen Frage nach der Grenzen stellen!
 - moralischer Status von Tieren
 - bisher als Gegenstand menschlicher Verantwortung kaum wahrgenommen
- heute: Entdeckung einer eigenen Tierethik
 - Stichwort: Mitgeschöpflichkeit
 - taucht auch im deutschen Tierschutzgesetz auf

- Tiere gehören in die moralische Ordnung
 - o sind bei der Güterabwägung um ihrer selbst willen zu berücksichtigen
 - o „Tieren eignet nämlich ein Wert über ihre Zweckhaftigkeit hinaus.“
- Interessen und Bedeutung der Tiere im gesamten Lebensgefüge müssen beachtet werden

V. Erhaltung der genetischen Vielfalt

- Mensch besitzt das grundsätzliche Recht zum Eingriff in den Organismus auch über die Artgrenzen hinweg
 - o = allg. Auffassung von Ethikern und Moraltheologen
 - o Einschränkung: nur statthaft, sofern der Mensch die damit verfolgten Ziele rechtfertigen und die Konsequenzen seines Tuns verantwortlich steuern kann
- Wohl und Eigenwert des Tieres ist zu bedenken
- es darf nicht zu einem Verlust des genetischen Reichtums und der Artenvielfalt kommen!
 - o evolutionärer Prozeß wäre eingeschränkt
 - derzeit als unnütz empfundene Arteigenschaften könnten die künftige Anpassung an neuartige Selektions- und damit Überlebensbedingungen ermöglichen und sichern
- Klonen von Tieren sollte u.U. an hochrangige menschliche Interessen und therapeutische Zwecke gebunden werden
 - o Klonen darf nicht normaler Weg der tierischen Fortpflanzung werden

VI. Geklonte Menschen?

- auch hier: Frage nach dem Warum
 - o es geht in erster Linie um das Replizieren von Vortrefflichkeit
 - Genies, Schönheiten usw.
 - o könnte auch unfruchtbaren Paaren zum Kind verhelfen
 - Kind mit Genotyp eigener Wahl könnte erzeugt werden
 - z.B. dem eigenen, eines Nobelpreisträgers o.ä.
 - o radikale Feministinnen: männliche Rolle hat sich durch Möglichkeit des Klonens in ein Nichts aufgelöst
 - biologischer Zwang für Existenz von Männern (Sperma) ist obsolet geworden
- alle Möglichkeiten des Klonens sollten vorausschauend ethisch bedacht werden
- durch Klonen würde der Mensch zum Produkt der Technik
 - o = Verstoß gegen Menschenwürde
 - o technische Produkte unterliegen bestimmten Industrienormen und Qualitäten
- Glaubenskongregation 1987: Instructio „Donum vitae“
 - o verbietet asexuelle Fortpflanzung und das Klonen ausdrücklich
- Klonen verändert das Menschenbild
 - o Individualität?
 - ist zwar nicht nur, aber doch maßgeblich von der genetischen Ausstattung bestimmt

- künstliche Kopie eines Individuums ist unverantwortlich
- Kantisches Instrumentalisierungsverbot
 - 3. Fassung des kategorischen Imperativs:
 - Mensch existiert als Zweck an sich selbst
 - „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“
 - beim Klonen wird der Mensch zum Objekt gemacht
 - Instrumentalisierung des Menschen für individuelle Zwecke
- Klonen = unmoralisches Verfahren
 - Mensch wird auf Kopie eines schon existierenden Menschen reduziert
 - Hans Jonas: „Recht auf Unwissenheit“ bezüglich der genetischen Ausstattung
 - => „Recht auf Ungeplantheit“ gemäß der Wünsche von Eltern
- Recht des Menschen, über sich selbst frei zu bestimmen
 - Klon würde unter Druck von Erwartungen, Vorhersagen, Vergleichen hinsichtlich seiner Identität mit dem Archetyp stehen
 - Identitätsbildung wird erschwert
- Zeitabstand des Klonens ist beliebig
 - Klon könnte seinem Archetyp (in gewissem Sinne sich selbst) im Greisenalter auf der Straße begegnen!

VII. Werte und Kriterien

- Hoffnung: daß nicht alles, was machbar ist, gemacht wird
- nur die Techniken, die sich auf gemeinhin anerkannte Werte beziehen, haben eine Chance akzeptiert zu werden
 - beim Klonen noch sehr umstritten
 - aber Wertauffassung der Gesellschaft kann sich schnell ändern
 - war so bei Reproduktionsmedizin
- Fragen:
 - aufgrund welchen Rechts soll ein Mensch einen anderen Menschen durch Klonen vorherbestimmen können?
 - falls es dieses Recht gäbe, nach welchen Maßstäben ist es gesetzt?
 - eigentlich: „Optimierung der Zucht“ nach bestimmten Vorzügen
 - aber: Vorzügen erleiden raschen Werteverlust
 - außerdem ist nicht gesagt, daß ein Duplikat von Einstein ebenso engagiert arbeiten und Erfolge erzielen würde...
- Klonen als medizinischer Eingriff?
 - medizinische Eingriffe sind durch informierte Zustimmung des Patienten legitimiert
 - Ziele der Medizin: erhaltend, wiederherstellend
 - Maßstab: Natur
 - beim Klonen wird der Klon nicht gefragt...
 - Ziele des Klonens: vervielfältigend, züchtend
 - Maßstab: Vortrefflichkeit
 - ethisch höchst bedenklich

VIII. Grenzen in Gefahr

- Schutz gegen Auswüchse der Biotechnik
 - o nur im gesamtgesellschaftlichen Prozeß möglich
 - o Gesetzgeber kann Grenzen zeigen, aber nicht den Weg
- Deutschland:
 - o Klonen ist seit 1991 durch ESG § 6 verboten
- 1996 „Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin“ des Europarates
 - o enthält noch keine Regelung in Bezug auf das Klonen
 - Verbot in einem Zusatzprotokoll
- 1996 deutscher Bundestag:
 - o forderte weltweites Verbot des Klonens
- Sanktionen sind für ehrgeizige Wissenschaftler oft geringe Barriere
 - o nötig: Scientific community
 - unmoralische Forschung muß wissenschaftsintern von der Gesamtheit der Wissenschaftler boykottiert und der einzelne Forscher, der dennoch unmoralisch arbeitet, wissenschaftlich geächtet werden!
- Frage, wie andere Kulturen Möglichkeiten des Klonens bewerten
 - o z.B. indianische Völker
 - indianische Überlieferungen: Klonvorgänge nicht fremd, auch Erzählungen von Mischwesenbildungen
 - o z.B. Reinkarnationsvorstellungen (Buddhismus, Hinduismus)
 - würden durch Klonen gleichsam greifbar...

IX. Wissenschaft und Verantwortung

- notwendig: rationale und sachliche Diskussion
 - o ohne Verharmlosung oder übertriebene Spekulation
- Gefahr der Kommerzialisierung
 - o nötig: selbstaufgelegte Zurückhaltung aufgrund des Eigenwert des Tieres
- wichtig: Erhaltung der genetischen Vielfalt
- gegen Klonen des Menschen spricht:
 - o Individualität, Einmaligkeit
 - o Instrumentalisierungsverbot
 - unvereinbar mit Menschenwürde
- Hans Jonas hält „das Ganze“ für „frivol“, „in den Motiven sittlich verwerflich“ und „frevelhaft“

§ 17 ETHIK UND ERNÄHRUNG

- I. Ethik als kritische Reflexion menschlichen Ernährungsverhaltens
- II. Ernährung und Gesundheit
- III. Übergewicht - Eßstörungen - Fasten
- IV. Gesunde Ernährung - wirtschaftliche und politische Aspekte
- V. Gentechnisch veränderte Lebensmittel
- VI. Fast food, Fertiggerichte, Light-Produkte
- VII. Essen als kulturelles und soziales Phänomen
- VIII. Der Verbraucher entscheidet