

Spezielle Moralthologie II: Bioethik

§1 Was ist Bioethik

I. Die bioethische Fragestellung und der Begriff der Bioethik

- umstrittener Begriff
- hier: neutraler Gebrauch, nicht ideologisch oder polemisch genutzt ("Lebensethik")

1. Bioethik

- Bioethik ist Teilbereich der Ethik
- angewandte Ethik, betrifft alle Lebensbereiche des Menschen
- ist keine utilitaristische Spezialethik
- Thema: begründete Stellungnahme zu Eingriffen in menschl., tierisches und pflanzliches Leben
(= Tierethik, ökologische Ethik...)
- zu unterscheiden ist die Medizinethik (= Arzt-Patienten-Verhältnis)
- der Begriff Bioethik ist inzwischen international eingeführt
- Bioethik ist der Versuch, generelle moralische Prinzipien in einem bestimmten Lebenszusammenhang zu finden. Bioethik ist die rationale Überprüfung moralischen Verhaltens gegenüber Leben.

2. Bioethische Ansätze und Orientierungshilfen

- Voraussetzung: Menschenwürde
- Menschenwürde ist der allgemeinste Nenner der Humanität
- an der Menschenwürde muß menschliches Handeln gemessen werden (GG Art.1)
- Garantie von Unverfügbarkeit, Schutz und Wohl des Menschen
- der Kern der theologischen Begründung der Menschenwürde liegt in der Gottebenbildlichkeit des Menschen (imago dei)
- Grund und Ziel des Menschen sind nicht in ihm zu suchen
- Grundlage: anthropozentrisches Modell - Mensch steht im Mittelpunkt
- Konkurrenz zu anderen Ansätzen: **siehe Blatt "Bioethische Ansätze":**
 - anthropozentrisches Modell
 - pathozentrischer Ansatz
 - biozentrischer Ansatz
 - holistischer Ansatz

II. Zur Methode theologisch-ethischen und naturwissenschaftlichen Forschens

- Grundlegung ist erforderlich für den Dialog zwischen theologischer Ethik und Naturwissenschaft
- für bestimmte Themen ist nur die Theologie, für andere nur die NaturWS zuständig, für manche beide.
- die Moraltheologie ist berechtigt, ihren Beitrag zu leisten => NaturWS muß Antwort bei verschiedenen Fragen offen lassen.
- beide Bereiche können sich eigentlich nicht widersprechen.
- ein offener Dialog ist notwendig
- Konvergenzargumentation: je mehr Hinweise, desto besser das Ganze (Beispiel Drähte - Stahlstange) ; Newman: wichtig ist die Zusammenschau von Teilerkenntnissen => jedes Teil ist schwach, alle Teile zusammen stark!

Exkurs 1: Das Tier als Mitgeschöpf

Exkurs 2: Die Bioethik-Konvention des Europarates

§2 Medizin und Ethik im Umbruch - Medizinische Ethik

I. Was ist und was soll medizinische Ethik?

- ethische Überlegungen sind der Medizin seit jeher nicht fremd
- im westlichen Kulturkreis steht für medizinische Ethik der Name Hippokrates (4. Jh.v.Chr.)
- hippokratischer Eid: 2 Grundpflichten:
 - 1) ohne Ansehen der Person muß sich der Arzt für das Wohl des Patienten einsetzen (bonum facere)
 - 2) Patient darf nicht geschadet werden (nihil nocere)
- hippokratischer Eid reicht für heutige medizinische Praxis nicht mehr aus
- neue ethische Fragen werden an die Medizin gestellt
- Ergänzung der medizinischen Ethik durch Vertragsmodell
- Vertragsmodell beschränkt sich auf das Arzt-Patienten-Verhältnis: die Entscheidung des Betroffenen ist letztgültige Instanz der Sittlichkeit und Zulässigkeit für eine Behandlung:

Das Vertragsmodell beinhaltet 4 Prinzipien:

- 1) Autonomie des Patienten
- 2) Prinzip des Nicht-Schadens
- 3) Prinzip des Wohlwollens
- 4) Prinzip der Gerechtigkeit

- als 5. Prinzip wird oft noch das Prinzip der Verhältnismäßigkeit/Proportionalität gefordert

- Medizinische Ethik soll Ärzten eine Entscheidungs- und Rechtfertigungshilfe sein. Sie soll nicht bevormunden, sondern eine kriterienorientierte Anleitung zur Selbstreflexion des med. Personals sein

=> Ethik ist nicht angeboren. Sie ist eine Wissenschaft, eine wissenschaftliche Reflexion von Moral und Ethos, die Handlungsregeln für Entscheidungen argumentativ auszuweisen und zu rechtfertigen versucht. Ethik ist erlernbar.

II. Gesundheit - Krankheit - Lebensqualität

- Gesundheit und Krankheit sind Grundbegriffe der Medizin.
- Medizin sieht sich in der Aufgabe, Gesundheit (auch präventiv) zu erhalten und Krankheiten zu überwinden.
- Definitionsversuche:
- Altertum: Gesundheit ist "Schweigen der Organe"
- Marquard: Kraft, mit Störungen leben zu können
- Weltgesundheitsorganisation WHO: Gesundheit ist Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (Gesundheit ist nicht nur Negation von Krankheit, sondern wird auch auf soziale und geistige Umstände ausgedehnt)

Krankheitsbegriff:

- allgemein gültiger Krankheitsbegriff wurde bisher noch nicht entwickelt
- nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist unter Krankheit ein regelwidriger Geistes- oder Körperzustand zu verstehen, der Arbeitsunfähigkeit oder Handlungsunfähigkeit zur Folge hat.
- Rothschild: Krank ist, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der psychischen oder physikalischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv oder klinisch oder sozial hilfsbedürftig ist.
- Dietrich von Engelhard: Krankheit ist eine körperliche oder seelische Erscheinung, die von Leidenden, dem Arzt und der Gesellschaft erlebt und beurteilt wird und den Wunsch nach Heilung entstehen läßt.
- Problem: traditionelle Ansätze betrachten Krankheit nur auf der phänotypischen Ebene. Heute kann man fragen, ob jemand, der eine besondere genetische Veranlagung hat, krank ist.
- Krankheit ist auch ein gesellschaftliches Phänomen: wenn jemand krank ist, wird das von der Gesellschaft akzeptiert: 4 Punkte:
 - 1) er ist befreit von der täglichen Verpflichtung
 - 2) er ist befreit von der Verantwortung für den kranken Zustand
 - 3) Verpflichtung, gesund werden zu wollen
 - 4) Verpflichtung, fachliche Hilfe aufzusuchen.

Lebensqualität:

- wird bestimmt durch körperliches, geistiges und seelisches Befinden und das soziale Umfeld
- 4 Dimensionen der Lebensqualität:
 - physische Dimension: Mobilität, Aktivitäten des Lebens, Schmerz...
 - psychische Dimension: Wohlbefinden, emotionaler Zustand, Angst, Depression,...
 - soziale Dimension: Beziehungen, Finanzielles, Arbeitsfähigkeit,...
 - spirituelle Dimension: Hilfe durch Glauben, Ziele und Werte,...

3 Methoden der medizinischen Praxis der Lebensqualitäten-Feststellung

- 1) durch den Arzt
 - 2) durch den Patienten
 - 3) durch Arzt und Patienten gemeinsam (ideal)
- => was ist medizinisch und subjektiv am besten für den Patienten
=> heterologe Beurteilung (von außen) darf nicht sein.

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

- Medizin hat es zu tun mit einem konkreten Verhältnis zwischen Arzt und Patient
- Patient sucht Arzt auf wegen bestimmten Beschwerden
- Patient will ernst genommen werden
- Patient sucht Unterstützung und Hilfe bei Wiederherstellung der Gesundheit durch die Fachkenntnis des Arztes
- 2 Arten der Behandlung bzw. Handlungsentscheidung:
 - 1) monologisch: nur Arzt entscheidet aufgrund seines Wissens, Patient bleibt passiv
 - 2) dialogisch: Arzt und Patient verständigen sich im Dialog über Situation und Maßnahmen, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit gegenseitiger Absprache und Rechten und Pflichten (Patient ist mündig), Patient übernimmt hier Mitverantwortung

§3 Was ist und wann beginnt individuelles menschliches Leben?

Zentrale Frage: Was ist und wann beginnt Leben? Was wird als menschliches Leben angesehen?
Probleme bei: In-vitro-Befruchtung, Spirale, Embryonenforschung, Abtreibung,...

I. Was ist Leben überhaupt?

- allgemeine Kriterien: Organismen zeichnen sich durch Stoffwechsel, Fortpflanzung und Reizbarkeit aus
- wesentliche Ausdrucksformen des Lebens:

- a) Gestaltetheit: findet sich nur in Organismen, stufenweise gegliederter Bau, schrittweiser Ausbau des Organismus (Einzelle-Jugend-Alter-Tod)
- b) Selbsttätigkeit: Fähigkeit und Drang aus dem Inneren des Lebewesens, Regulationsfähigkeit, Zielstrebigkeit, Aktivität
- c) Planmäßigkeit: Organismus enthält die Baupläne für alle Handlungen und Entwicklungen
- d) Artgemäßheit: Organismen tauchen in zahlreichen Exemplaren auf, sie sind ähnlich und gehören zu einer Gattung. Sie kommen in einer Art als männlich und weiblich vor. Sie folgen alle ihrem Lebensplan. Die Arten sind unterschiedlich auf die Erde verteilt.
- e) Fortpflanzungsfähigkeit: beschränkt sich in der Regel auf die eigene Art. Das biologische Erbgut wird weitergegeben. Wesentliche Eigenschaften sind hierbei Bewegung, Reizbarkeit, Energieverbrauch und Reproduktion.

II. Wann beginnt das menschliche Leben?

LthK³: Artikel Befruchtung von J. Reiter

- traditionelle Antworten des Beginns des menschlichen Lebens bzw. Beseelung resultieren aus den begrenzten wissenschaftlichen Kenntnissen
- Verschmelzung von Samen- und Eizelle wurde erst 1944 beobachtet, vorher nur Spekulation
- Aristoteles (4.Jh.v.Chr.): zog seine Schlüsse aus der Beobachtung eines Kükenembryos; Substanz kommt von Mutter, Samenflüssigkeit des Mannes stimuliert,
- Galienus (129-199 n.Chr./röm. Arzt griechischer Herkunft): Theorie des "emboitement" hält 500 Jahre an: weibl. Samen enthält kleine Embryonen, männlicher Same verleiht dem Embryo Wachstum, erweckt Embryo zum Leben eines Individuums
- A.v. Leeuwenhoek (1632-1723): beobachtet 1676 zum ersten Mal männlichen Samen, man sah darin kleine menschliche Wesen
- 1839: jeder Organismus besteht aus Zellen; der Embryo entwickelt sich aus einer einzigen Zelle
- 1878: Entdeckung der Chromosomen
- 1946: Erkenntnis: Embryonalzellen haben 46 Chromosome
- gegenwärtig existieren 4 Theorien zum Beginn menschlichen Lebens:
 - 1) Konjunktionstheorie (E. Blechschmidt): Beginn und Ausgangspunkt des Lebens ist der Zeitpunkt der Befruchtung; die Befruchtung ist Anstoß zur Entwicklung und der ausschlag-

gebende Moment; die Vereinigung der Chromosomen bedeutet Neuschöpfung.

- 2) Zeitspanne der möglichen Mehrlingsbildung (ca. 14 Tage nach der Befruchtung): bis zu diesem Zeitpunkt kann man noch nicht von einem individuellen Leben sprechen ("Individualität muß unteilbar sein"): Einheit und Unteilbarkeit der Seele: erst bei gesicherter Einheit kann von einem Individuum gesprochen werden.
- 3) Einnistung in die Gebärmutter Schleimhaut (Nidation): 10.-12. Tag nach der Befruchtung vor der Einnistung besteht zwar artspezifisches Gewebe, aber noch kein individuelles Leben, da sich die Zelle noch teilen kann. Bis zum 16-teiligen Zellstadium ist jede Zelle noch totipotent und kann sich zu einem vollständigen Organismus entwickeln: in teilbarem Stadium kann man nicht von personalem Stadium sprechen. Die Mutter-Kind-Beziehung wird erst mit der Nidation real.

Widersprüche/Kritik:

- nur wenig Mehrlinge (1-2%), Mehrlinge sind eher die Ausnahme!!!
- warum soll einem Organismus, der sich zu Mehrlingen entwickeln kann, weniger Schutz zugesprochen werden ?!
- Nidation ist biologischer Aspekt und dient nur als Scheinargument für die Schutzpreisgabe
- hormonelle Umstellung der Mutter schon vor der Einnistung, Beziehung besteht schon vorher
- Gegenargument: viele befruchtete Eizellen werden auf natürliche Weise abgetrieben, so kann der Mensch das auch machen (Gegenbeispiel: 2 Männer werden von Ziegeln getroffen)
- außerdem: wenn eine Frau merkt, daß sie schwanger ist (und sich zu einer Abtreibung entschließt), ist die Nidation schon längst abgeschlossen

4) menschliches Leben beginnt mit der Gehirnentwicklung:

parallel zur Annahme des Todes bei Verlust der Gehirntätigkeit (EEG)

- auf den ersten Blick klingt es plausibel, aber hier wird unvergleichbares verglichen
- Gehirntod setzt dem Menschen ein Ende, hiermit ist die Nutzungsfähigkeit des Gehirns erloschen (Wahrnehmung, Empfindung,...)
- bei der embryonalen Gehirnentwicklung besteht aber eine potentielle Nutzungsfähigkeit
- Potentialität der Gehirnentwicklung besteht nach der Befruchtung
- das Argument, das Kind habe vor der Gehirnentwicklung kein eigenes Bewußtsein, ist nicht überzeugend: sonst müßte man auch schlafende oder betäubte Menschen als nicht lebendig halten.

5) Menschwerdung ist abhängig von der Zustimmung der Frau

- die Frau muß Menschwerdung zulassen
- Frau und Kind sind von der Geburt an eine Einheit, die man nicht gedanklich trennen kann (Abtreibung als Akt der Selbstbestimmung)
- aber: Frau und Kind sind deutlich (auch genetisch/Immunsystem) unterscheidbar

Zusammenfassung:

Die Frage nach dem Beginn der persönlichen Existenz ist nicht eindeutig zu bestimmen; auch das kirchliche Lehramt hat nicht ausdrücklich entschieden; aber aus den Bestimmungen wird klar: seit dem Zeitpunkt der Empfängnis ist der Beginn des Lebens und seit dem Augenblick der Empfängnis muß das menschliche Leben geachtet werden. Diejenigen, die späteren Zeitraum des Lebens annehmen, halten Eingriffe für gerechtfertigt.

Tutorismus: Wenn es um Leben und Seelenheil geht, soll man sich in moralischen Fragen immer auf die sichere Seite stellen.

§4 Schwangerschaftsabbruch als individuelles und gesellschaftliches Problem

I. Die Dringlichkeit der erneuten Diskussion

-Schwangerschaft wird häufig als Last empfunden, paßt nicht zu Lebensplänen,...

-Kirche steht vor 2 Aufgaben: 1) ungeborenes Leben schützen

2) schwangeren Frauen helfen

-*gesellschaftliche Hintergründe:*

- menschliches Leben ist heute von Beginn bis Ende planbar und verfügbar (Intensivmedizin...)

- früher war menschliches Leben dem Eingriff des Menschen verwehrt

- Erzeugung im Reagenzglas ist heute möglich

- Lebenserwartung/-verlängerung ist möglich

- die Frage ist: Was bringt das? (Spaßgesellschaft)

- trotz aller Planung kann Unvorhergesehenes geschehen (ungewollte Schwangerschaft)

=> Bereitschaft nimmt ab, Leben (auch ungewolltes) als Geschenk anzunehmen

- Maßlatte für das menschlich Zumutbare ist sehr weit unten.

=> kritische Funktion der Kirche

II. Die biologisch-anthropologische Seite des Problems

1) zur Terminologie:

abortus = Eingriff zur Vernichtung menschlichen Lebens zwischen Empfängnis und Geburt

Schwangerschaftsunterbrechung: Begriff ist sachlich unrichtig, denn es ist keine Unterbrechung, die später wieder fortgesetzt werden kann => sprachliche Irreführung.

Schwangerschaftsabbruch = neutraler Begriff, aber verharmlosend, da nicht deutlich wird, daß es

um eine Tötung geht, trotz allem wohl der angebrachteste Begriff.

2) Durchführung

A) Methoden:

1. Abtreibungsmittel und Gifte, führen Fehlgeburten herbei, wirken nicht sicher, haben Nebenwirkungen (bewirken Tötung der Frucht, aber nicht Kontraktion der Gebärmutter)

2. Ärztliche Abtreibung: operativ, medikamentös

a) operative Methoden:

- hängt von der Größe des Embryos ab
- operative Methoden in der frühen Schwangerschaft
 - bis zur 6. Woche: ambulant, Frucht wird abgesaugt, "Menstruationsregulierung"
 - von 7.-12. Woche: erfordert die Ausweitung des Gebärmutterhalses unter Narkose: Absaugen oder instrumentelle Ausräumung

b) pharmakologische Methoden:

- z.B. Abtreibungspille RU 486 (Entwicklung seit 1975) durch Rousseau-Uclav
- Bezeichnung im Handel: Mifegyne
- Wirkung: die Fruchtanlage wird in der Gebärmutter gelöst und ausgeworfen
- Geschichte: - April 1980: Herstellung eines Steroidhormons (Mifegyne)
 - Oktober 1981: Ergebnisse eines chem. Schwangerschaftsabbruches werden vorgestellt (bei 9 von 11 war Medikament erfolgreich).
 - Ende der 80er Jahre: RU 486 ist in Frankreich Alternative zur operativen Abtreibung (_ aller Abbrüche wird so vorgenommen). In Frankreich bis zum 49. Tag, in England bis zum 63. Tag zugelassen.
- Firma: Exelgyn hat die Eigentumsrechte; stellt Bedingungen: Medizin darf nur abgegeben werden, wenn Abtreibung legal ist und Akzeptanz in der Bevölkerung vorliegt, offizielle Stelle muß Bitte um Vermarktung gestellt haben, streng kontrollierter Vertriebsweg, strenge ärztliche Betreuung und Kontrolle des Patienten.

Verlauf:

- 4 Arztbesuche (Voruntersuchung, Aufklärung über Nebenwirkungen, Abklärung der Schwangerschaftsdauer: unter Aufsicht des Arztes werden innerhalb von 3 Tagen 3 Pillen eingenommen, anschl. 6-stündige Kontrolle. Nach 2 Wochen erfolgt eine Nachuntersuchung.
- beim chemischen Abbruch wirkt die Frau aktiv mit, was zu psychischen Problemen führen kann, da die Frau die volle Verantwortung übernimmt ("Mittäterschaft"). Schuldgefühle können nicht auf den Arzt geschoben werden.

B) Kritische Anmerkungen:

- a) Gefahr: Begriffe wie "medikamentös" können täuschen: RU 486 ist kein Medikament, d.h. RU 486 heilt keine Krankheiten bzw. erkennt auch keine Körperschäden oder lindert sie (→ §2 des Arzneimittelgesetzes)
- Ärzte verdienen weniger als an operativem Abbruch: Druck von Gesellschaft, Industrie und Ärzten auf die Frau
 - Medikament ist nur in 60%, bei Kombination mit anderen Medikamenten in 90% der Fälle erfolgreich
 - viele Nebenwirkungen
 - grundlegendes ethisches Problem: Abtreibung ist Tötung menschlichen Lebens
 - ethisch nicht vertretbare Signale bei RU 486:
 - seit Ru 486 ist Abtreibung eine medizinisch unproblematische Tatsache, in der der Tötungsaspekt in den Hintergrund tritt: Hemmschwelle zur Abtreibung wird herabgesetzt
 - Reiter: Freigabe von RU 486 setzt ethisch problematische Maßstäbe: zurückgehende Verantwortung der Paare (vermeintlich leichtere Abtreibung). Prävention ist immer noch am Besten, daß die Frau erst gar nicht in die Situation kommt, vor der Entscheidung einer Abtreibung zu stehen.
 - Abbruch zwischen der 15. und 24. Schwangerschaftswoche (Postmenstruation):
 - legal nur medizinische Indikation (d.h. körperliche oder psychische Gefährdung der Mutter: "Leben gegen Leben"). Komplette Entfernung der Geburt und Placenta. Sehr belastend für Mutter und ärztliches Personal, da das Kind lebend zur Welt kommt).
- b) Auswirkungen des Abbruchs:
- Todesfälle sehr selten
 - organische Schäden treten bei krimineller Abtreibung auf
 - Sterilität der Frau
 - psychische Störungen (Depression und Schuldgefühle).

3. Anlässe und Ursachen

a) Indikationen

- ursprüngliche Bedeutung: wissenschaftliche Begründung eines Eingriffs
- Bedeutungsverschiebung bei A: Motive der Befürworter eines Abbruchs.

1.) Medizinische Indikation

- A aus med. Gründen: Lebensgefahr für Frau (=Vitalindikation)
- Gefährdung der Gesundheit der Frau (=prophylaktische/therapeutische Indikation)
- psychische Gefährdung der Frau (psychiatrische Indikation: Depression, Selbstmord-

gefähr...)

2.) Kriminologische / ethische Indikation:

- wenn Schwangerschaft durch kriminellen Akt (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch von Minderjährigen oder sexuelle Nötigung, Inzest) hervorgerufen wurde:
 - Unzumutbarkeit der Schwangerschaft (Schwangerschaft gegen ihren eigenen Willen, Verletzung der Würde der Frau)

3.) Embryopathische (eugenische/genetische/kindliche) Indikation

- wenn z.B. Schädigung der Chromosomen vermutet wird (Trisomie 21/Mongolismus, offener Rücken, Bluterkrankheit)
- bei Schädigungen während der Schwangerschaft (z.B. Viruserkrankung (Röteln...))

4.) Soziale Indikation

- bei besonderer wirtschaftlicher und finanzieller Notlage
- um finanzielle/wirtschaftl. Notlage zu vermeiden
- um personale oder partnerschaftliche Probleme zu vermeiden
- bei ehelicher Untreue (Doppelbelastung Kind-Arbeit)

b) subjektives Moment

- uneheliche/außereheliche Schwangerschaft: Angst vor Entdeckung/Differenzen mit Partner oder Eltern

c) das Verhalten und die Situation der Frau

- Umfrage 1989 zur Novellierung des § 218

Ergebnis:

- Schw.a. oft Ergebnis einer labilen Lebenssituation
- häufig finanziell ungesicherte und labile Partnerschaft
- in 58% anderer Partner
- bei 24% ist die Beziehung bei Feststellung der Schwangerschaft zerbrochen
- Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Schw. Hat sich in den letzten 20 Jahren erhöht, weil die Bereitschaft von Aufnahme sexueller Beziehungen zugenommen hat, mangelnde Verhütung
- sehr großer Anteil an jungen Frauen: bei ihnen sind die Motive anders als bei älteren Frauen:
 - => Kumulation der Probleme: ungesicherte finanzielle Lage, Ausbildung, Angst sich Zukunft zu verbauen, partnerschaftliche Lage, noch nicht bereit dazu sein, ...
- ältere Frauen: wollen keine weiteren Kinder, fühlen sich zu alt (gesundheitl. Probleme)

- 39% finanzielle Probleme
- 37% Sorgen, sich Zukunft zu verbauen
- 28% Konflikte mit Partner

=> meist mehrere Gründe gleichzeitig!

Drei zentrale Gründe für Kind:

- Scheu, ungeborenes Leben zu vernichten
- Vorfreude
- Angst vor seelischen Konflikten

- in der Mehrzahl der Fälle wird die Entscheidung zu einem Schw.a. mit dem Partner gefällt
- je früher die Entscheidung zu einem Schw.a. gefällt wird, desto weniger ist gibt es eine Bereitschaft bei den Partnern, diese Entscheidung zu ändern.
- junge Frauen werden besonders vom Partner unter Druck gesetzt
- Eltern bieten oft keinen Rückhalt

- besondere Probleme: alleinerziehende Frauen
 - berufstätig, oft finanzielle Probleme
 - Familie und Beruf sind in der BRD schlechter miteinander vereinbar als in anderen Ländern

III. Geschichtlicher Überblick und gegenwärtige Situation (siehe Blatt 1)

1) geschichtliche Daten

- Reichsgesetzbuch 1878: Schw.a. ist strafbar
 - 1927: medizinische Indikation (Leben gegen Leben) abwägen, welches Leben größere Chancen hat (=> pro Mutter)
 - "Erbgesundheitsgesetz" (1933/35): rassische/bevölkerungspolitische Argumente (Ungeborenes Leben wurde abgewertet)
 - BRD in den 50er/60er Jahren: medizinische Indikation, Schutz des Lebens ist "schwammiger" geworden
 - 1960 Kriminologische Indikation, ansonsten 2 Modelle:
 - a) Fristenlösung: bis 12. Woche straffrei (ohne Indikationen)
 - b) Indikationslösung: nur bei bestimmten Indikationen
 - medizinische: bis Geburt
 - kriminologische: bis 12. Woche
 - embryopathische: bis 22. Woche
 - soziale: bis 12. Woche
- => jede Abtreibung ohne Indikation ist strafbar!

bis 1974 Fristenmodell

ab 1976 bis Wiedervereinigung: Indikationslösung

DDR:

- §§ 153-155

- Fristenregelung
- Selbstbestimmungsrecht der Frau

Einigungsvertrag verpflichtete bis 31.12.92, Regelung zu einigen.

=> 6 verschiedene Entwürfe im Bundestag, keine Einigung

- 27.7.1992 "Schwangerenhilfegesetz": Fristenmodell mit Beratungspflicht in 1.-12. W.

=> von Bundesverfassungsgesetz außer Kraft gesetzt (nicht verfassungskonform)

=> Übergangslösung ab 16. Juni 1993:

- am Schutz des Lebens orientiertes Beratungskonzept
- Schw.a. wird mißbilligt, Recht des ungeborenen Lebens wird betont
- Probleme: a) 1.-12. Woche: A. ist rechtswidrig, aber straffrei
 - b) Ausnahme: bei medizinischer, embryopathischer und kriminologischer Indikation konnte sie rechtmäßig sein und mußte von Krankenkassen übernommen werden
- Schwerpunkt der zielorientierten Beratung: pro Kind, pro Austragen des Kindes

- seit 29. Juni 1995: Kompromißvorschlag wird verabschiedet

2. Regelungen: ***ausführlich siehe Blatt 2***

a) Strafrecht bildet den Rahmen für das Schutzgesetz

- Abtreibung ist für alle strafbar. Ausnahmen regelt § 218a für Tatbestandsausschluß für alle an der Abtreibung Beteiligten.

1. Beratungsregelung

2. Indikationen (A. ist nicht nur straffrei, sondern auch nicht rechtswidrig):

=> medizinische Indikation ohne zeitliche Begrenzung, bei Lebensgefahr der Schwangeren und bei körperlicher oder seelischer Gefährdung

3. Kriminologische Indikation

- Sexualdelikt (Vergewaltigung, sex. Nötigung...)

=> Pflicht zur Austragung kann Schwangeren wegen unzumutbaren Belastungen nicht zugemutet werden.

- weitere Aushöhlung des Paragraphen wegen Schutzes der Frau, damit nicht illegal praktizierende Ärzte die Abtreibung vornehmen.

Arzt muß folgende Pflichten erfüllen: 1. Gelegenheit geben, Gründe darzulegen

2. Risiko aufweisen

3. Sich von der Dauer der Schw. überzeugen.

b) Beratungsregelung/-konzept

- ungeborenes Leben kann nur "mit der Frau" geschützt werden in der Frühphase der Schw.
- Beratung und verbesserte Situation für Frau und Kinder vor Strafe
 - => §218
 - => Beratungsanspruch (Schwangerschaftskonfliktgesetz §2)
 - => 2 Arten von Beratung: a) allgemeine Sexualberatung, Familienplanung
 - b) Schw.konfliktberatung (ist notwendig für Schw.a., damit Schw.a. nicht strafrechtlich relevant wird.

aa) Inhalt und Aufgabe:

- in §219 festgelegt
- dient dem Schutz des ungeborenen Lebens
- soll helfen, eine gewissenhafte Entscheidung zu treffen
- Beratung ist ergebnisoffen zu führen
- Gesprächs- und Mitarbeitspflicht der Schwangeren
- muß über Rechtsansprüche, praktische Hilfe und juristische Situation aufgeklärt werden
- Hilfe bei Wohnungssuche, Betreuung für Kind...

bb) Organisation:

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

cc) Beratungsstellen:

- staatliche Anerkennung
- Nachweis fachkräftiger Kompetenz
- abtreibender Arzt darf keine Beratung durchführen
- Jahresabschlußbericht muß jedes Jahr abgegeben werden und gemachte Erfahrung aufgeschrieben werden

c) wo kann Schw.a. durchgeführt werden

- gesetzlich festgelegtes Kontingent an stationären Behandlungsmöglichkeiten, um Abwanderung zu "Kunstfuschern" zu vermeiden
- Kosten:
 - bei med. oder kriminol. Indikation werden die Kosten der Abtreibung von den Krankenkassen getragen
 - innerhalb von 12 Wochen (Beratungsregel) müssen die Kosten der Abtreibung selbst übernommen werden (ärztliche Untersuchungen vor und nach der Abtreibung werden übernommen)
 - bei finanzieller Bedürftigkeit gibt es Anspruch auf Unterstützung bei unter 1.700 DM brutto im Monat und als Bezieher von Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe oder BAFöG

IV. Die Antwort des Christentums

a) Vorderasien und Ägypten

- Strafe unbekannt
- Hamurabi (18.v.Chr.): keine Strafandrohung
- jüdisches Altertum: Abtreibung war wohl unbekannt

b) Griechenland:

- Platon und Aristoteles waren für erlaubte Abtreibung
- Aristoteles unterscheidet Entwicklungsstadien (sukzessive Entwicklung von Pflanzenseele - Tierseele - Vernunftseele)
- Aristoteles vertritt Abtreibung vor dem emotionalen Stadium der Tierseele (bei Mann ist dies der 18. Tag, bei der Frau der 80.Tag).
- Hippokrates (5.Jh.v.Chr.): kennt verschiedene Abtreibungsmittel
 - a) innere Mittel: Abführmittel, starke Brechmittel
 - b) äußere Mittel: Pasten...
 - c) mechanische Einwirkung: Tragen schwerer Lasten, Hüpfen, Stöße...
- => hippokratischer Eid: Verbot von Abtreibungsmitteln!!!

- Abtreibung war bei Prostituierten stark verbreitet

c) Römisches Recht

- älteres Recht kennt Verbrechen der Abtreibung nicht
- stoische Auffassung: ungeborenes Kind ist Teil der Mutter und daher keine eigenständige Größe => Abtreibung war gestattet, Verfügbarkeit der Frau
- Abtreibung war als solche nicht verboten, aber galt als moralisch schändlich
- war nicht Relikt gegen Embryo, sondern gegen den Ehemann, dessen Hoffnung auf ein Kind zerstört wurden (Mann konnte sich nach Abtreibung scheiden lassen)
- viele Abtreibungen wurden vorgenommen.
- => dann Wende: Abtreibung wird Sakrileg
- 200 n.Chr.: Abtreibung wurde mit staatlicher Strafandrohung versehen und galt als Relikt gegen den Ehemann

d) Germanien:

- es gab Abtreibung: Kindesaussetzung und -tötung blieben straffrei

2. Die Auskunft der Bibel

- direkte Stellungnahmen zur Abtreibung findet sich nicht
- nur indirekte Aussagen über die Würde des menschlichen Lebens: fraglich ist hierbei, ob man

die Aussagen der Bibel auch auf ungeborenes Leben bezogen hat.

- Abtreibung war in Israel nicht denkbar und wurde nicht praktiziert
- Mensch ist Abbild Gottes, inwieweit das auch für ungeborenes Leben gegolten hat, bleibt unklar

3. Christliche Tradition

- Auf Synode von Elvira (306 n.Chr.), Synode von Ankyra (314 n.Chr.) sowie auf dem Konzil von Konstantinopel (692) wird die Abtreibung verurteilt und mit dem Kirchenbann bestraft, dem Bußfertigen wird dieses Vergehen erst nach Jahren vergolten.
- 2. März 1672: Innozenz XI: Lehrsatz der Laxisten (*“Abtreibung ds Fötus ist erlaubt ist vor der Beseelung zum Schutz des Lebens oder der Ehre der Schwangeren erlaubt”*) wird als Irrlehre verurteilt: Abtreibung ist nicht erlaubt!!!
- 1930: Pius XI: Enzyklika *“Casti Connubii”* weist Einwände zurück: Verurteilung der Abtreibung
 - => Abtreibung ist gegen Gottes Gebot, Leben von Kind und Mutter sind heilig
 - => Verbot der Kindestötung
 - => Kindestötung ist keine Notwehr
 - => Einwand Todesstrafe: Kind ist im Ggs. zu Todeskandidaten nicht schuldig
- 1944: Pius XII: an italienische Ärzte
 - => solange Mensch unschuldig ist, ist sein Leben unverletzbar
 - => Arzt darf nicht abtreiben
 - => in allen Stadien der embryonalen Entwicklung ist Abtreibung verboten
 - => Aufgabe des Arztes ist es, Leben zu retten und nicht es zu zerstören
- 1951: Pius XII: bei einer Ansprache
 - => auch Kind im Mutterleib hat Recht auf Leben
 - => auch Indikationen reichen für eine Verfügung über dieses Leben und deren Tötung nicht aus
 - => klare Verurteilung richtet sich zunächst nur gegen unmittelbaren, direkten Eingriff
 - => notwendige Operation der Mutter (z.B. bei Gebärmutterkrebs) ist erlaubt
- Vatikanum II: *Gaudium et Spes*
 - => Abtreibung wird als verabscheuungswürdiges Verbrechen verurteilt
 - => Leben ist mit Sorgfalt zu schützen
- 1970: gemeinsame Stellungnahme von kath. und ev. Kirche in *“Das Gesetz des Staates und die rechtliche Ordnung”*:
 - => Ablehnung jeder Form von Abtreibung
 - => Abtreibung ist Tötung von schutzwürdigem Leben
 - => zu med. Indikation wird offene Haltung bezogen

- 1989: gemeinsame Erklärung "Gott ist ein Freund des Lebens" Schwangerschaftsabbruch wird abgelehnt
- 1992: Katechismus (2270-2275): Abtreibung wird verurteilt
- heutige kirchliche Auffassung:
 - jede Indikation wird abgelehnt
 - medizinische Indikation wird zugestanden (Schaden der Frau soll abgewendet werden, auch wenn Verlust des Embryos unausweichlich ist)

Exkurs 1: außerkatholische - christliche Stellungnahmen:

- Januar 1971: Denkschrift zur Frage der Sexualethik der ev. Kirche in D (auch heute noch aktuell): Abschnitt 7, 48-55 (S. 31-33)
 - => Eingriff, der das werdende Leben vernichtet, wird als Tötung angesehen
 - => kriminologische Ind. wird anerkannt=Ausweitung der med. Ind.
 - => Würde der Frau wurde mit Füßen getreten (krim.Ind.)

Exkurs 2: Muslime

- 40 % der Beratungsfälle sind muslimische Frauen
- Islam verbietet Abtreibung ungeborenen Lebens
- Koran 5, 31: Wenn einer jemanden tötet, so ist es so, als ob er alle getötet hätte"
- Statusfrage: Koran kennt noch die Sukzessiv-Beseelung. Manche Gelehrte des Islam sehen die Beseelung zwischen dem 90. Und 190. Tag
- traditionelle Rechtschulen haben keine eigene Meinung über Abtreibung.
- moderne islamische Autoritäten vertreten strenge Auslegung der Gesetze
- Abtreibung ist nur erlaubt, wenn Lebensgefahr für die Frau entsteht (=med.Ind.)

V. Hilfen, vorbeugende und begleitende Maßnahmen

1. Erziehung zum verantwortlichen Gebrauch der Freiheit
 2. Erziehung zur Verantwortung gegenüber der Zeugung neuen Lebens
 - => Ziel muß es sein, daß Leben verantwortungsbewußt gezeugt wird und von der Gesellschaft bejaht und getragen wird. Dies bedarf einer Planung. Dieses angenommene Leben sollte in seinem Eigenwert geachtet werden. Planung soll nicht beginnen, wenn schon genügend Kinder vorhanden sind und keine Kinder mehr aufgenommen werden können. Eine Methode bleibt für die Planung aus: die A.
- => verantwortungsbewußte Partnerschaft heißt auch, frühzeitig zu verhindern, daß Kinder auf die Welt kommen, die nicht von beiden Partnern bejaht werden
- => frühzeitige Aufklärung ist wichtig

3. Schaffung eines neuen Klimas

- Schutz der beiden Elternteile:
- Problem: Schwangere werden von Eltern oder vom Mann oder Freunden zur Abtreibung gedrängt:
- Schutz der ledigen Mutter eines unehelichen Kindes (Achtung gegenüberbringen)
- Hilfe nahestehender Personen ist wichtig

4. Beratung zum Leben

- schon im AT gibt es eine Beratungsinstitution (Amt des Ratgebers): dem Ratsuchenden muß die Vielzahl der Wege aufgezeigt werden
- Schwangerschaftskonfliktberatung hat ein Ziel: die Rettung des ungeborenen Lebens
- therapeutische Kompetenz heutiger Beratung
- Beratung zulassen, die positive Ziele zuläßt

VI. Frage nach der Schuld

katholische Kirche: Abtreibung ist die Tötung eines ungeborenen Lebens. Die Strafe ist die Exkommunikation

§5 Genetische Beratung und pränatale Diagnostik (PnD)

I. Methoden

- in 3-5% kommen Neugeborene mit Beschädigungen zur Welt
- die Aufgabe der genetischen Aufklärung ist es, schon vor der Zeugung die Wahrscheinlichkeit festzustellen, ein erbkrankes Kind zur Welt zu bringen
- als Hilfsmittel dient die Familienanamnese
- hierbei wird auf genetische Krankheiten bei den Vorfahren geschaut sowie das Risiko ermittelt, inwieweit das Kind diese Krankheit bekommen könnte
- hierzu gibt es spezielle Analyseverfahren.

- bei der pränatalen Diagnostik wird bei bereits bestehender Schwangerschaft festgestellt, ob Erbfehler oder Behinderungen vorhanden sind
- für PnD-Untersuchungsmethoden: **siehe Zettel "PnD - Was ist das?"**

II. Ethische Problematik und Konflikt

- die prä-konzeptionelle Beratung (=genetische Beratung vor der Zeugung) dient als Unterstützung für die Entscheidung, ob die Eltern einen Kinderwunsch annehmen wollen oder nicht.
- können Erbkrankheiten ausgeschlossen werden, erleichtert dies die Entscheidung für eine Schwangerschaft erheblich

- wird bei der Untersuchung ein gesteigertes Risiko festgestellt, können sich die Eltern für oder gegen das Kind entscheiden
- die genetische Beratung kann spätere Schwangerschaftskonflikte vorbeugen und Abbrüche aus medizinischer Indikation vermeiden
- wird trotz Risiko einer Erbkrankheit die Schwangerschaft angenommen, können sich die Eltern auf die Krankheit einstellen
- Voraussetzung für die genetische Beratung ist die Freiwilligkeit der Beratung: eine direkte oder indirekte Einflußnahme muß man ablehnen)
- Argumente, der Genpool eines Volkes würde mit der Geburt vieler Behinderter verschlechtert, sind abzulehnen:
 - => es verbietet sich moralisch, Menschen von der Fortpflanzung auszuschließen, nur weil sie genetische Fehler übertragen können: eugenische und ökonomische Gründe dürfen nicht geltend gemacht werden
- das Recht auf Fortpflanzung gehört zur Menschenwürde
- der Staat darf Behinderte nicht benachteiligen (z.B. in finanzieller Hinsicht)

- die PnD kann den Entschluß für eine Schwangerschaft erleichtern, indem die Angst vor einem behinderten Kind genommen werden kann.
- nur in 3% der Risikoschwangerschaften wird eine Behinderung festgestellt, 97% der Eltern kann beruhigt werden, daß ihr Kind gesund ist
- bei den 3% wird das Kind meist abgetrieben
- es bestehen allerdings auch Chancen der Therapie des Kindes im Mutterleib
- mit der PnD wird ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer Vermutung einer Behinderung verhindert
- aber: PnD kann als Mittel der Familienplanung angesehen werden ("Schwangerschaft auf Probe"): *das Kind wird nur dann genommen, wenn es genehm ist..*
- => wenn eine PnD nur mit der Absicht durchgeführt wird, das Kind abzutreiben, ist sie nicht zu akzeptieren
- aber dem Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind ist nachzukommen
- Gefahr bei der PnD: in 1% der Fälle schädigt die PnD den Embryo
- durch die PnD wird auch das Geschlecht des Kindes ermittelt

- PnD wurde früher nur eingesetzt, wenn Eltern bereits behinderte Kinder hatten
- dann wurde die PnD für Müttern über 35 Jahren angeboten
- inzwischen wurde die Altersgrenze auf 31 Jahre herabgesetzt
- PnD hat gute und schlechte Seiten:
 - die Mißbrauchsgefahren geben der PnD ein ambivalentes Gesicht
 - die Eltern müssen wissen, worauf sie sich einlassen:
 - die PnD setzt eine genetische Beratung voraus
 - beim Vorliegen eines genetischen Schadens müssen die Eltern darauf hoffen können, daß sie von der Solidargemeinschaft getragen werden
 - die PnD sollte daher nur aus wichtigen medizinischen Gründen durchgeführt werden

- Risikofaktoren der PnD: Fehlgeburt, Schädigung des Fötus/ der Schwangeren)
- PnD und genetische Beratung müssen eine schwangerschaftserhaltende und therapeutische Funktion besitzen; dann wird sie auch von katholischer Seite erlaubt

III. Pastorale Gesichtspunkte und Hilfen

- falls überhaupt ein Seelsorger gefragt wird, kann es nicht Ziel der Beratung sein, daß der Fötus abgetrieben wird
- Ziel ist eine freie Gewissensentscheidung
- die Entscheidung kann und darf den Eltern nicht abgenommen werden
- der christliche Gott gibt eine Antwort:
 - Jesus hat Schmerz und Leid erfahren.
 - Gott trägt unser Leid mit
 - so können wir es annehmen und mittragen
- dadurch erfahren wir auch eine persönliche Reifung im Leben
- Eltern, die sich für ein behindertes Kind entscheiden, schulden wir Respekt, Dank und Hilfe
- die Eltern sollen die Liebe der Umgebung spüren, die sie an ihre behinderten Kinder geben.
- Kontaktkreise können helfen, Hilfestellungen im Alltag zu geben
- Kirche sollte sich bemühen, in ihrer Verkündigung für unbürokratische Hilfe zu sorgen
- mit PnD ist das Leben berechenbarer geworden:
- die Bereitschaft, behinderte Kinder anzunehmen, sinkt durch vorgeburtliche Abtreibungen

§6 Präimplantationsdiagnostik (PiD)

I. Was ist PiD ? (==> siehe auch Kopie: Bioethik: Selektion noch vor der Schwangerschaft)

- die PiD ermöglicht es, Embryonen, die außerhalb des Mutterleibes gezeugt wurden, auf genetische Belastungen zu untersuchen
- als Indikation für eine PiD gilt die Gefahr einer Vererbung einer schweren genetisch bedingten Erkrankung
- der Embryo wird nur dann auf die Mutter übertragen, wenn eine Krankheit ausgeschlossen ist
- die PiD wurde 1990 zum ersten Mal durchgeführt
- bis heute wurde die PiD bei ca. 1000 Paaren durchgeführt
- etwa 300-500 Kinder sind heute auf diese Art und Weise geboren worden
- die Kosten liegen bei § 10.000 Dollar
- in Deutschland wird sie noch nicht wegen Rechtunsicherheit angewandt
- Ausgangspunkt für die öffentliche Diskussion war der "Lübecker Fall" 1995

II. Argumente pro und contra

- Diskussionsentwurf der Bundesärztekammer vom 24. Februar 2000:
 - PiD soll erlaubt sein, für Erlaubnis gibt es große Hürden:

- extrem enge Indikationsstellung,
- intensive Aufklärung
- Beratung des betroffenen Paares
- Genehmigung durch eine Ethikkommission
- Verbot der PiD an totipotenten Zellen
- Verbot des Klonens

Befürworter dieses Diskussionsentwurfs:

- spätere Abtreibung wird vermieden, wenn der Embryo bereits in vitro verworfen wird

Gegenargumente:

- neue ethische Dimension:

- die Verantwortung liegt in der Hand des Arztes: zur PiD wird der Embryo eigens erzeugt, beim Schwangerschaftsabbruch reagiert man auf eine schon gegebene Situation!
- außerdem hat der Gesetzgeber durch die Neuregelung des §218f StGB nicht die Schutzwürdigkeit des Embryos zur Disposition gestellt

- Wertungsunterschied:

- im Fall der in vitro-Zeugung will die Schwangere nur eine Schwangerschaft eingehen, wenn der Embryo gesund ist:
=> hier liegt keine Konfliktsituation der Schwangeren vor (wie bei Indikationsregelung)
=> angesichts dieses Unterschiedes kann man also nicht von einer Gleichwertigkeit beider Handlungen sprechen
- mit Sicherheit wird die Entscheidung, menschliches Leben zu verwerfen, leichter getroffen, wenn sich der Embryo noch außerhalb des Mutterleibes befindet.

- zur Legitimation der PiD bedient man sich auch des Vergleichs mit der nicht verbotenen PnD:

- aber: PnD wird nicht mit dem Ziel durchgeführt, Embryonen mit einer genetischen Krankheit abzutreiben, sondern die PnD hat lebenserhaltende Motivationen.
- PiD bietet die Möglichkeit, für eine Schwangerschaft unter mehreren Embryonen auszuwählen: Unterscheidung zwischen Embryonen, deren Entwicklung fortgesetzt wird und solchen, bei denen sie beendet werden soll.
- PiD hat Selektion zum primären Ziel (Aussonderung gesunder Embryonen)
- PiD eröffnet die Möglichkeit, eugenische Strategien durchzuführen

- einschränkende Maßnahmen zeigen im Ausland wenig Erfolg

- dort ist eher eine Ausweitung und Verschiebung der Indikationen der Fall

- PiD wird auch zum Sreening (Reihentest) von in-vitro-fertilisierten Embryonen eingesetzt

- PiD wird also nicht mehr nur bei Risikoschwangerschaftskandidaten angewendet, sondern auch bei der normalen in-vitro-Fertilisation, die eigentlich entwickelt wurde, um kinderlosen Eltern den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen

- in Verbindung mit der Gentechnik kann sie nun den Wunsch nach einem bestimmten Kind

erfüllen

- wenn Embryo als erblich unbelastet gilt, wird er in die Gebärmutter eingepflanzt

Befürworter: PiD ist nur eine vorgezogene PnD. Im Vergleich zur Schwangerschaft sei die in-vitro-Zeugung die für die Frau weniger belastende Variante

aber: Vergleich hinkt:

- die Belastung bei einer PiD ist nicht zu unterschätzen
- geringe Erfolgchancen (PiD ist meist jahrelanger Prozeß)
- Fehlerhaftigkeit bei Diagnose: Ärzte raten deshalb zusätzlich zu einer PnD

Gegenargumente:

- PiD verfolgt die Selektion (Auswahl) der Embryonen (= "Qualitätskontrolle")
- daß Eltern ein gesundes Kind haben wollen, ist klar, daß die Verwerfung bzw. die Annahme des Embryos vor der Empfängnis passiert, ist verwerflich
- entscheidender Unterschied: bei PiD wird Zeugung im Reagenzglas vorgenommen, bei der PnD besteht bereits eine Schwangerschaft

Befürworter von PiD:

- weisen auf Wertungswiderspruch zu anderen rechtlichen Regelungen hin:
- §218 billige die Tötung wesentlich weiter entwickelter Kinder

aber: Rechtsunterschiede sind nicht gleich ethische Unterschiede

- bei der Neuregelung des § 218 wurde die embryopathische Indikation abgeschafft, bei der Einführung der PiD würde diese Entscheidung wieder rückgängig gemacht.

- in den USA wird bei 60% der Mütter in erhöhtem Alter der Mutter (ab 31 Jahren) eine PiD durchgeführt: hier ist nicht mehr die Krankheit des Embryos im Blick. Die PiD gehört hier bereits zum "Screening"-Programm bei der in-vitro-Fertilisation

Befürworter: Gefahr des "PiD-Tourismus" ins Ausland, da dort Regelungen liberaler sind...

aber: die Diskussion ist auch im Ausland kontrovers. Außerdem ist die Liberalität in anderen Ländern kein Grund, die Regelungen zu lockern (andere Länder haben eine andere Ethiktradition)

III. Neue soziale Zwänge

- indem Embryonen einer Qualitätskontrolle unterzogen werden, werden eugenische Strategien angewandt
- Gefahr: PiD könnte Schlüsseltechnologie sein, die die Tür zur Embryonenforschung, zur Keimbahntherapie und zum Klonen öffnet.

- Befürworter meinen, man könnte Mißbräuche durch Richtlinien unterbinden.
- aber die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, daß eine solche Einschränkung nicht praktikierbar ist
- dem einzelnen bleibt zwar die Möglichkeit, sich in Freiheit gegen die Inanspruchnahme der PiD zu entscheiden
- aber neuere Untersuchungen zeigen, daß die Inanspruchnahme genetischer Tests angebotsgesteuert ist.
- fast allen Frauen erschien es schwierig, die Untersuchung abzulehnen, wenn sie ihnen angeboten wurde; in gewisser Weise fühlten sie sich zu diesem Test verpflichtet

IV. Wunschkind nach Maß?

- PiD verschärft die ethische Problematik der künstlichen Befruchtung
- das katholische Lehramt lehnt die Anwendung der PiD ab
- Zweck der PiD ist nicht die Behandlung von Unfruchtbarkeit, sondern der Ausschluß eines kranken Kindes
- PiD wird für in-vitro-Fertilisation in Dienst genommen und instrumentalisiert:
- Kinderlosigkeit ist als solche keine Krankheit, der berechtigte Kinderwunsch muß nicht um jeden Preis erfüllt werden.
- beim Risiko einer Erbkrankheit müssen die betroffenen Personen entweder eine Risikoschwangerschaft eingehen, oder es ist ihnen der freiwillige Verzicht auf Kinder zuzumuten. Ein solcher Verzicht ist auf jeden Fall eine ethisch verantwortliche Entscheidung.

§7 (neu) Forschung mit menschlichen Stammzellen

(ursprüngl. §7 "Sterilisation und Kastration" fällt weg)

==> siehe auch Kopie: "Biomedizin: Heilung durch Klonen?"

- nach dem Wissenschaftsmagazin "Science" gehört die embryonale Stammzellenforschung zur Nummer eins der Top Ten der wissenschaftlichen Erfolge des Jahres 1999.
- embryonale Stammzellen besitzen ein enormes Potential
- sie sind undifferenziert, unbegrenzt teilungsfähig, zeigen keine Anzeichen von Alter und sind sozusagen unsterblich
- embryonale Stammzellen sollen eingesetzt werden :
 - zur Entwicklung neuartiger Medikamente
 - zur Züchtung von Organen und menschlichen Geweben
 - zur Behandlung von Krebs
 - der Parkinsonschen Krankheit
 - der Alzheimer-Krankheit...

- man rückt also einer Heilung von Krankheiten näher, die bislang nur gelindert werden können
- bei den genannten Zielen handelt es sich jedoch um derzeit noch nicht eingelöste Heilungsversprechen
- Risiken beim therapeutischen Einsatz von embryonalen Stammzellen sind noch nicht bekannt

Begriff der Stammzelle:

- bezeichnet jede noch nicht ausdifferenzierte Zelle eines Embryos, Fetus oder geborenen Menschen, die Teilungs- und Entwicklungsfähigkeit besitzt
- auf dem Weg der Spezialisierung der Zelle nimmt ihr Differenzierungspotential ab
- aus der totipotenten befruchteten Eizelle sowie aus den totipotenten Embryonalzellen (bis zum 8-Zellstadium) kann ein ganzer Mensch entstehen
- aus den pluripotenten Stammzellen entwickeln sich die verschiedenen Gewebetypen des Körpers
- die organspezifischen Stammzellen sind in ihrer Differenzierungspotenz erheblich eingeschränkt
- doch weiß man seit der Geburt des geklonten Schafes "Dolly", daß es grundsätzlich möglich ist, die Spezialisierung der Zelle rückgängig zu machen
- 3 verschiedene Ansätze der dauerhaften Kultivierung von Stammzellen:

a) Arbeitsgruppe um James A. Thomson (University of Wisconsin in Madison):

- isolierte pluripotente Stammzellen aus dem Inneren einer Blastozyste, der eine künstliche Befruchtung vorausgegangen war
- Blastozyste = Embryo zwischen 4. und 7. Tag seiner Entwicklung
- aus der inneren Zellmasse werden die sog. ES-Stammzellen entnommen
- da die Gewinnung dieser Zellen zu anderen Zwecken erfolgt als zur Erhaltung des Embryos, ist sie mit dem deutschen Embryonenschutzgesetz nicht zu vereinbaren
- will man solche Stammzellen erhalten, kommt es zur Zerstörung des Embryos

b) Arbeitsgruppe um John Gearhart (John Hopkins University School of Medicine)

- gewinnt die pluripotenten Stammzellen aus den Keimzellen abgetriebener Feten, den "primordialen" Keimzellen
- diese Methode würde nicht unter das deutsche Embryonenschutzgesetz fallen, da sich dieses nur auf den Zeitraum von der Kernverschmelzung bis zur Einnistung des Embryos in den Uterus bezieht
- Nachteil: mit dem Absterben des Fetus sind Zersetzungs Vorgänge verbunden, der durch den zeitlich stark unterschiedlichen Verlauf des Aborts zu Unwägbarkeiten führen kann
- ethische Bedenken bestehen gegenüber dieser Methode deshalb, weil die Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen stammen

c) individualspezifische Stammzellen

- man erhält "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:
 - dieses Verfahren bezeichnet man als "therapeutisches Klonen"
 - das therapeutische Klonen ist ebenso wie das reproduktive Klonen verboten, weil hier ein menschlicher Embryo entsteht, der die gleiche Erbinformation besitzt wie der Patient
 - das therapeutische und reproduktive Klonen ist durch das Embryonenschutzgesetz §6 verboten
- in Großbritannien hatten bereits 1998 zwei Kommissionen der Regierung empfohlen, das therapeutische Klonen zu erlauben
- aber vorerst blieb es bei einem Klon-Verbot auch für embryonale Zellen
- im August 2000 hat sich erneut ein von der britischen Regierung eingesetztes Fachleutekomitee in dem nach ihrem Vorsitzenden benannten "Donaldson-Report" für das therapeutische Klonen ausgesprochen
- Nutzung von überflüssigen Embryonen, die bei der in vitro Fertilisation erzeugt wurden, ist in GB bereits rechtlich zulässig
- GB möchte sich hierdurch einen Vorsprung in der neuen Disziplin des "therapeutischen Klonens" sichern
- in USA ist die Forschung mit Embryonen nicht verboten, darf nur nicht mit öffentlichen Geldern gefördert werden
- in Japan ist das therapeutische Klonen unter strengen Auflagen erlaubt
- in Deutschland hat man bisher zurückhaltend bis überwiegend ablehnend reagiert, obwohl ein Forschungsinteresse an embryonalen Stammzellen deutlich erkennbar ist
- Vorwürfe: GB darf keinen Alleingang beim Klonen machen und sich nicht von wirtschaftlichen Interessen leiten lassen
- der Vatikan verurteilte das britische Vorhaben:
 - schwerstes Bedenken: Verzweckung des menschlichen Lebens: "auch aus noch so verständlichen Forschungsinteressen dürfen wir eine Herabsetzung des Wertes menschlichen Lebens nicht hinnehmen. => Verweis auf alternative Forschungsmethoden"
- bei der Frage, ob hochrangige Ziele die Forschung an menschlichen Embryonen zu rechtfertigen vermögen, wird weltweit unterschiedlich beantwortet.
- im Kern geht es um die Frage, wieweit der Schutz der Menschenwürde reichen soll und welcher moralische Status dem Embryo zuerkannt wird. 3 Tendenzen
 - 1) Menschliche Embryonen gelten von der Befruchtung an als menschliche Wesen, haben den gleichen moralischen Status wie geborene Menschen und erhalten auch den gleichen Schutz (Deutschland und katholische Kirche)

- 2) Menschliche Embryonen gelten erst ab einer bestimmten Stufe oder Entwicklungsphase als menschliche Wesen und haben bis dahin keinen Anspruch auf Würde und Schutz (Großbritannien)
- 3) Menschliche Embryonen gelten in keinem Entwicklungsstadium als menschliche Wesen mit personalem Wert

- bisher wurde kein europaweiter Konsens über den Personenstatus des Embryos und über die Zulässigkeit von Forschung an Embryos erreicht
- geht man davon aus, daß mit der Befruchtung von Ei- und Samenzelle menschliches Leben vorliegt und daß ein solches aufgrund seiner Würde aus jeder abwägenden Berechnung ausscheidet, dann rechtfertigt auch medizinischer Nutzen keine Forschung.

§ 8 AIDS als Herausforderung der Moral

- AIDS ist die Abkürzung für eine Krankheit, für die es keine Heilung gibt, auch keine Impfung
- ethische und soziale Aspekte stehen weit hinter den medizinischen zurück

I. Die Krankheit und ihr Bild

- AIDS ist die Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrome
= erworbene Immunschwäche
- 1981 wurde AIDS zum ersten Mal in Amerika beschrieben
- Juni 1981: 2 Forscherteams entdecken unabhängig voneinander das unbekannte Aids-Virus bei der Diagnose einer Lungenentzündung bei homosexuellen Männern
=> zunächst unterschiedl. Namensgebung: HTLV III oder LAV
- 1985: komplette Erbstruktur des Aidsvirus wird entschlüsselt
- 1986: neue Bezeichnung: HIV (= Human Immundeficiency Virus)
- das Aids-Virus greift die Immunabwehr des Körpers an
- das Aids-Virus greift die T-Helferzellen an und vermehrt sich mit ihnen
- Aids ist eine chronische Krankheit, die eine jahrelange Inkubationszeit hat
- mehr als 10 Jahre können vergehen, ohne daß Symptome auftreten
- heute kann man 1 Jahr nach der Ansteckung das "lymphale Nopathie-Syndrom" beobachten:
Nachtschweiß, Drüsenanschwellung...
- danach folgt der Ausbruch
- die meisten sterben nach ca. 3 Jahren nach Auftreten der Symptome
- Leitinfektion ist meist eine Lungenentzündung / Tuberkulose
- die Patienten sterben nicht am eigentlichen Virus, sondern an den Folgekrankheiten
- der Virus findet sich besonders im Blut und in der Samenflüssigkeit
- die Übertragung erfolgt über Körperflüssigkeit (z.B. bei Geschlechtsverkehr oder bei Blutaus-tausch)
- Risikogruppen sind: Homosexuelle, Prostituierte, Bluter,...
- Übertragung über Speichel und Urin ist bisher noch nicht nachgewiesen

- außerhalb des Körpers ist das Aids-Virus nicht lange überlebensfähig
- beim Kontakt mit dem Virus werden Antikörper gebildet, die das Virus allerdings nicht bekämpfen
- durch sie kann aber der Aids-Virus nachgewiesen werden; es ist nur möglich zu zeigen, daß der Patient den Virus trägt, Test kann nichts über Verlauf und Stadium der Erkrankung aussagen

- die Spur des Virus führt nach Zentralafrika: Ruanda, Zaire, Burundi (sog. "Aidsgürtel")
- der Virus stammt von Schimpansen und wurde durch Schlachtung und Verzehr auf den Menschen übertragen
- der Virus existiert wohl schon seit mehr als 100 Jahren
- Ausbreitung in Ballungsgebieten und bei Homosexuellen über Haiti (= bevorzugter Urlaubsplatz für amerikanische Homosexuelle) bis nach Amerika
- Ansteckung in Europa durch Amerikabesuche Homosexueller
- über homosexuelle Drogenabhängige auch auf Heterosexuelle übertragen
- weitere Übertragungswege: Blutkonserven, Spritzen...
- der Virus wird auch von infizierten Müttern auf ihre Kinder übertragen
- Ungeborene können schon im Mutterleib, Kleinkinder durch die Muttermilch infiziert werden
- in D wurde der Virus von Frankfurt aus nach Berlin und München getragen, von wo er sich ausbreitete

II. Bestandsaufnahme oder die Krankheit in Zahlen

- seit 1985 wurden weltweit ca. 50 Millionen Menschen infiziert
- 1999 war Höchststand zu verzeichnen: 2,6 Mio. Todesfälle / 5,6 Mio. Neuinfektionen
- 95% der Infizierten lebt in den Entwicklungsländern
- in Südafrika leben rund 4,8% der Weltbevölkerung, aber 50% der Infizierten
- Lebenserwartung in Afrika liegt bei 40 Jahren
- durch diese Krankheit ist die Wirtschaft in den Entwicklungsländern stark gefährdet durch den Wegfall von Arbeitern und Angestellten
- in D blieb die Zahl von Neuinfektionen bei 2100 konstant
- in D im Jahre 1999: 568 Erkrankungen und 500 Todesfälle
- in D leben rund 37.000 Aids-Infizierte (29.000 Männer / 8000 Frauen)

III. AIDS, Moral und Kirche

- Gaudium et spes:
 - die Kirche muß sich den Leiden und den Nöten der Menschen widmen
 - in neuen sozialen Kontexten muß sich die Kirche immer wieder neu orientieren
 - man muß den Umgang Jesu mit den Kranken auf heute übertragen
 - Aids-Kranke brauchen die Solidarität der Gesunden
 - Aids ist Prüfstein für die christliche Nächstenliebe
 - Kirche muß das einlösen, was Jesus begonnen und praktiziert hat!

IV. AIDS und die sexuelle Befreiung

- sexuelle Revolution ist in die Massen getreten
- Freud:
 - libido (= Sexualtrieb) wird zum Grundaspekt menschlichen Verhaltens
 - alle moralischen Hinderungen, das libido auszuleben, treten in den Hintergrund
- Erotik und Sex ist heute kein Tabu mehr
- starke Rezeption in den Medien (Sexszenen erobern den Bildschirm)
- Entwicklung des Nackten (der ganze Körper wird erotisiert und sexualisiert)
- Keuschheit wird zur "sonderbaren Einstellung"
- Anti-Baby-Pille: Zusammenhang Sexualität-Fortpflanzung wird geleugnet
- die Haltung gegenüber Homosexueller wird toleranter
- die Intimsphäre wird als überholt abgelehnt (Verklemmtheit)
- in einem solchen gesellschaftlichen Klima konnte sich Aids leichter ausbreiten

V. Aids als Strafe Gottes

- These: Aids treffe die perverse Gesellschaft, die sexuelle Grenzen, Moral und Normen hinweggefegt hat (Tun-Ergehen-Zusammenhang)
- aber es gibt auch Menschen, die Aids unschuldig bekamen: Bluter, Kinder, Neugeborene...
- dieser "strafende" Gott ist mit dem Gott des Evangeliums nicht vereinbar!
- Calvin: Gott bestraft unsere Sünden durch Kriege und Seuchen
- D. Sölle: Gott wird groß, weil er uns kleingemacht hat
- aber die Bibel hat eine andere Botschaft
 - siehe Hiob: Krankheit ist keine Strafe
- zur Zeit Jesu gab es bei den Juden auch diese Strafhypothese:
 - => Jesus spricht dagegen (Joh 9,3)
 - Jesus erweist Solidarität mit den Aussätzigen
 - reicht seine Hand
 - heilt
- auch Aids ist keine Strafe Gottes

VI. Aids und Angst

- Aids ist eine sozialpsychologische Erkrankung
- Angst vor Kontrollverlust und dem Gefühl des Ausgeliefertseins
- S. Dunde erkennt 4 Formen der Angst
 - 1) Angst vor der Ansteckung (Ablehnung der Kranke)
 - 2) Angst vor dem Krankheitsausbruch
 - 3) Angst vor dem Ausschluß
 - 4) Angst vor der Krankheit als ein Spezialfall des Glücksverlustes

- Grundangst vor dem Tod, den wir im Alltag verdrängt haben

VII. Aids und der Umgang mit dem Tod

- Eros und Tod sind die großen Beweger der Phantasie: mit diesen beiden elementaren Erfahrungen hat Aids zu tun
- 70% aller Aids-Infizierten sind Männer im besten Alter
- die Gesellschaft erwartet Fitneß und Power: der Tod hat hier keinen Platz
- bei Aidskranken bricht der Tod oft unvorbereitet in ihr Leben ein
- Aidskranke brauchen in dieser Situation eine aktive Sterbebegleitung (psychisch + physisch)
- sie sprechen meist erst gegen Ende von ihrer Krankheit und ihren Neigungen
- erst gegen Ende outet man sich auch gegenüber der Familie

E. Kübler-Ross unterscheidet 5 Sterbephasen:

- 1) Nichtwahrhabenwollen
- 2) Auflehnung gegen die Umwelt und die Krankheit
- 3) Verhandeln mit dem Schicksal
- 4) Depression
- 5) Annahme des Todes und des Schicksals

=> für den Begleiter ist es wichtig, diese Phasen zu kennen

VIII. Safer Sex

- Aids ist auch eine Bedrohung für die Sexualität
- Aids ist seit der Entdeckung des Penicillins die erste tödliche unheilbare Geschlechtskrankheit
- es stellt sich die Frage der Vorbeugung und dem sicheren sexuelle Umgang
- safer sex = reduzierte Form der Sexualität:
 - Austausch von Körperflüssigkeiten vermeiden
 - andere Praktiken werden empfohlen: Masturbation, Massagen
 - "Genuß ohne Reue"
- deutsche Bischöfe: der sicherste Weg ist die sexuelle Enthaltung
- Kirche wendet sich schon immer gegen außerehelichen Geschlechtsverkehr und gegen Verhütungsmittel
- Gegenargument: in einer Notlage könnte safer sex und Verhütung ein geringeres Übel sein
- Lehmann: dies ist keine sittliche Rechtfertigung!

IX. Zeugung und Schwangerschaft bei Aids

- Forderung: alle Virusträger müssen enthaltsam leben und dürfen keine Kinder zeugen, um das Virus einzudämmen
- nicht alle wissen von der Infektion

- bei Kindern besteht eine 33%ige Ansteckungswahrscheinlichkeit. Angesteckte Kinder sterben meist innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Geburt
- wenn das Kind gezeugt ist besteht die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch: man kann nach § 218 straffrei nach medizinischer Indikation abtreiben
- Gegenargument: Aids-Infektion ist kein Grund zur Abtreibung (medizinische Indikation): es könnte ja noch ein Heilmittel gefunden werden
- Prävention durch Aids-Test

X. AIDS - die Pest unserer Tage

- es gibt Parallelen und Unterschiede zwischen Pest und Aids:

1) Die Pest, der schwarze Tod

- Pest ist die größte Seuche, die die Menschen je befallen hat
- Ende des 8. Jh. versiegt die Pest, kommt aber später wieder nach Europa zurück und wütet bis 1720
- 1348-1352: schwerste Zeit der Pest: 50% der Bevölkerung sterben
- Pestbeulen: Geschwülste an Achseln und Leisten
- im Verlauf der Krankheit: Schwarze Flecken auf dem ganzen Körper
- Ende des 19. Jh. wurde der Pestvirus entdeckt
- Hauptüberträger ist der Rattenfloh, dann der Menschenfloh
- viele flohen auf das Land, vor allem Reiche ("Die Maske des Todes")
- bei der Pest wurden Schuldige/Ursache gesucht. 3 verschiedene Meinungen;
 - 1) verseuchte Luft
 - 2) Seuchenträger
 - 3) Gott; Rache
- auch viele Fremde oder Juden wurden verdächtigt (Pogrome)
- durch das Erbe wurden viele reich
- Pest war der Aufschwung zur Neuzeit
- der Unterschied zwischen Aids und Pest liegt in der Ansteckung:
 - Aids holt man sich
 - die Ansteckung durch die Pest konnte man nicht verhindern

2) die Lustseuche Syphilis

- Ursprungsort unbekannt
- Risikogruppen: Prostituierte
- 1494/95: Ausbreitung in ganz Europa
- Anzeichen: hohes Fieber, offene Geschwüre,...
- Ausgrenzung der Kranken war normal
- Quecksilberkuren verlangsamten die Krankheit (Ärzte = "Quacksalber")

- Anfang des 20. Jh. wurde die Krankheit besiegt (Erreger Treponema pallidum = "bleicher Drehfaden")
- entdeckt durch F. Schaudin und E Hoffmann
- 1906: Wassermann entdeckte Verfahren für Früherkennung ("Wassermann positiv")
- heute gibt es eine Penicillin-Therapie gegen Syphilis (Medikament Salvarsan)

3) Lehren aus der Geschichte

- es gab immer wieder Seuchen in der Geschichte, die den Menschen bedrohten
- die großen Seuchen trafen auf ein unvorbereitetes Immunsystem
- zu Beginn wurden sie oft tabuisiert
- Folge war die Isolierung der Erkrankten
- soziale Abwehrmechanismen: Meldepflicht, Untersuchungen...
- da Syphilis und Aids selbstverschuldete Erkrankungen sind, wurden die Erkrankten oft sittlich verurteilt ("haben Schicksal verdient"): hier begegnet man aber einem zweifelhaften Gerechtigkeitsverständnis
- heute haben wir keimabtötende Mittel und stehen medizinisch sehr gut da

XI. AIDS im Unterricht

- besonders junge Menschen sind gefährdet, da sie mit der Sexualität experimentieren
- daher ist es wichtig, das Thema im Unterricht zu erwähnen
- 3 wichtige Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit Menschen ihr Verhalten ändern
 - a) die Menschen müssen sich von der Krankheit gefährdet fühlen
 - b) Menschen müssen davon überzeugt sein, daß die Änderung ihres Verhaltens die Krankheit verhindern kann
 - c) oft brauchen Menschen auch ein persönliches Erlebnis (Tod eines nahestehenden Menschen etc.)
- bei der Diskussion muß klar werden: Kondome sind nicht der einzige Schutz
- Ziel ist die Veränderung des Lebensstils
- es darf nicht der Eindruck entstehen, daß Treue und Enthaltensamkeit Katastrophenschutzmaßnahmen seien
- Aids darf auch nicht zum Anlaß genommen werden, bestimmte moralische Überzeugungen auszudrücken
- Aufklärung soll betroffen machen und Menschen zur Verhaltensänderung bewegen
- nicht Angst und Panik schüren
- Angst ist schlechter Ratgeber

XII. Aids und Pastoral

- man muß ohne Vorurteile und ohne Bewertung Infizierten helfen

- inwieweit kann die Kirche Menschen zu schützen helfen, die von einer tödlichen Krankheit bedroht sind, ohne zu fragen, wie diese Menschen vorher moralisch gelebt haben:
- Humanität erweist sich in 3 Punkten:
 - 1) Solidarität mit den Infizierten
 - 2) Toleranz mit Minderheiten (Minderheitenhetze muß ausgeschlossen werden)
 - 3) Bereitschaft zur Gewährung von Repräsentanz (statt nur über die Betroffenen zu reden muß man auch mit ihnen über ihre Interessen und Probleme reden)
- seelischer Beistand hat große Kraft
- psychotherapeutische Hilfe muß verstärkt werden, wie sie z.B. auch bei Krebskranken durchgeführt wird
- Aids-Selbsthilfegruppen können Verantwortungsbewußtsein für die Krankheit fördern
- bei Aids handelt es sich um eine Herausforderung, die uns alle betrifft
- jeder von uns kann einen Beitrag leisten:
 - die Gesunden sind zu schützen
 - bereits Infizierte sollten sich so verhalten, daß der Partner zu jedem Zeitpunkt geschützt wird
 - keine Diskriminierung und Isolierung, sondern Nächstenliebe
 - verantwortungsvoller Lebensstil und Sexualität