

SPEZIELLE MORALTHEOLOGIE II: BIOETHIK (WS 2002/2003)

§ 0 Bioethik - Eine Übersicht

- der rasante Wandel in den Biowissenschaften durchdringt mittlerweile weite Teile des alltäglichen Lebens
- sie haben außerdem ein hohes ökonomisches Potential
- an der Spitze steht wohl die Biomedizin = therapeutischer Imperativ

I Bioethik – Ethik des Lebens

- die grüne Biotechnologie (Nahrungsmittelproduktion) hat in BRD im Vergleich zur Biomedizin und –technologie eine kleine Lobby
 - o rote Gentechnik (= Tier + Mensch) beschäftigt Gesellschaft weit mehr
 - o Genomentschlüsselung
 - o Klonen
- stellt unsere Vorstellung von Leben (Entstehung, Krankheit etc.) auf eine neue Basis
- hat enormen Einfluß auf unser Wertesystem, unser Menschenbild etc.
 - o FRÜHWALD: Die Debatte hat die Qualität eines Kulturkampfes erreicht
- ↓
- Antwort der Ethik auf diese Herausforderungen = Bioethik
 - o Bioethik überprüft und formuliert Normen für den wissenschaftlich-technischen Umgang mit vor allem menschlichen Leben
 - o Bioethik ist keine neue Erfindung
- zur Bioethik zählen: Genethik, Tierethik, Umweltethik, Neuroethik
 - o die Medizinethik gehört nicht fest zu diesem Kanon, da hier das Arzt-Patient Verhältnis im Mittelpunkt steht
 - o Bioethik hat einen negativen Anklang, da er aus dem angelsächsischen Raum (P. SINGER) stammt
 - o Bioethik wird aber im Sinne von „Lebensethik“ im kirchlichen Bereich verwendet

II Bioethik und Menschenbild

- wie weit soll der Bereich der zur moralischen Gemeinschaft gehörigen ausgedehnt werden?
 - o auf welcher moralischen Grundlage soll Bioethik betrieben werden? 4 Positionen
 - a) **anthropozentrischer Ansatz**
 - nur dem Menschen kommt ein eigenständiger Wert zu
 - er setzt allein den Maßstab zur Nutzung der Natur
 - b) **pathozentrischer Ansatz**
 - alle leidensfähigen Wesen haben einen Eigenwert
 - sie haben eigene Rechte
 - c) **biozentrischer Ansatz**
 - sämtliche Lebewesen haben einen Eigenwert
 - Speziesismus (= Werteordnung) ist unzulässig

- d) holistischer Ansatz**
 - auch unbelebte Natur hat einen Eigenwert
↓
- keiner dieser Ansätze bildet eine vollend befriedigende Lösung, deshalb:
 - e) integrativer Ansatz**
 - relativierte Anthropozentrik findet mehr und mehr Anhänger
 - fordert Schonung allen Lebens
 - fordert ebenfalls Schonung der Natur (holistisch)
- dieser Ansatz entspricht auch dem biblischen Schöpfungsverständnis (Reiter)
- hinter jeder bioethischer Intervention steht ein bestimmtes Menschenbild
 - hierdurch werden auch Therapieansätze bestimmt
- das für den Menschen Gute ist nicht ohne die Frage nach dem Wesen des Menschen klärbar
 - enger Zusammenhang zwischen ethischer und anthropologischer Fragestellung
 - jede Ethik hat also einen anthropologischen Hintergrund
- das Menschenbild der Biomedizin ist vornehmlich durch die Naturwissenschaften geprägt
 - führte zu einer Biologisierung des Menschen, die ihren Höhepunkt in der Entschlüsselung des Genoms gefunden hat
 - dadurch werden nicht nur körperliche, sondern auch z.B. emotionale Aspekte (z.B. Aggressionen etc.) direkt naturwissenschaftlich, biologisch angefragt
 - Mensch wird eher als Maschine gesehen (= Ersatzteillager)
- der Biomedizin schwebt eine Gesellschaft ohne Krankheit vor
 - dabei geht es allerdings nur um die biologische Gesundheit
↓
- hier liegt die Chance der Geisteswissenschaften
 - es geht um das Einmalige des Menschen
 - Mensch ist mehr als die Summe seiner Gene
 - Mensch ist die Einheit von Körper und Geist
↓
- Funktion der Theologie in der Bioethik ist der Ansatz an der Anthropologie = Was ist der Mensch?
 - erst sekundär müßten bioethische Handlungskonzepte entwickelt werden
- im interdisziplinären Dialog wird Theologie mit unterschiedlichen Menschenbildern konfrontiert, die auch konkurrieren
 - kath. Theologie wird diese realistisch wahrnehmen und respektieren, allerdings auch eigene Gesprächsangebote machen
 - Theologie muß um das Glücken des menschlichen Lebens besorgt sein
 - dabei kann die theologische Interpretation des Menschenbildes nie letztendlich aus der Empirie stammen
- der Mensch wird nie vollkommen objektivierbar/definierbar sein
 - Bausteine, z.B. aus Naturwissenschaften werden aber in Menschenbild einbezogen

III Bioethik und Wertepluralismus

- Theologie wird nicht nur mit konkurrierenden Menschenbildern sondern auch mit konkurrierenden Werten konfrontiert
 - wer bestimmt Werte und Moral?
 - das Recht gebraucht die Formulierung der guten Sitten (BGB)

- entscheidend ist das billigende Durchschnittsdenken, welches natürlich großen Schwankungen unterworfen ist
- wo allgemeingültige Vorlagen fehlen wird auch die Orientierung schwierig
 - Kirche kann ihre Moral nicht an einen allgemeinen Konsens binden
 - Theologie kann also nur Angebote machen aber keine allgemeine Verbindlichkeit verlangen
 - starke Ambivalenz

IV Menschenwürde als regulatives Prinzip

- Art. 1 GG ist wohl noch Konsens in unserer Gesellschaft
 - basiert auf der Menschenwürde
 - Menschenwürde macht den Kern der noch existierenden Werte und Normen aus
- hiervon geht auch die DBK aus
 - Würde kommt dem Menschen aufgrund seines Menschseins zu
- ähnlich äußert sich auch die Enquete-Kommission des Bundestages
- Menschenwürde ist kein statischer Begriff, sondern weist im Laufe der Geschichte auch Dynamik auf



- für das Feld der Bioethik existieren zwei Ansätze zur Festlegung der Sittlichkeit:
 - a) **deontologischer Ansatz**
 - das Pflichtgemäße
 - macht Sittlichkeit an der Moralität einer Handlung fest
 - Moralität orientiert sich an festen Grundsätzen
 - „Ich darf nicht lügen, unabhängig von den Konsequenzen“
 - b) **teleologischer Ansatz**
 - das Ziel entscheidet
 - „Lüge kann für ein gutes Ziel notwendig sein“
 - Sittlichkeit der Handlung hängt an ihren Folgen
 - Defizit: Sittlichkeit wird an nur einem Strukturprinzip festgemacht, Gerechtigkeit bleibt häufig außen vor
 - c) **Prinzipalismus**
 - stammt aus der US-amerikanischen Biomedizin, orientiert sich an 4 Prinzipien
 - Wohltätigkeit
 - Schaden vermeiden
 - Gerechtigkeit
 - Autonomie
 - werden ergänzt durch Prinzipien zweiter Ebene
 - Wahrhaftigkeit
 - Privatsphäre
 - Schweigepflicht
 - Vertrauenswürdigkeit
- nach BEAUCHAMP und CHILDRESS haben sich diese Prinzipien bewährt
 - dennoch sind sie oft abstrakt und müssen gefüllt werden
 - Gutheit einer Handlung orientiert sich an Strukturelementen

- Ziel
- Mittel
- Absicht
- Folge
- alle diese Elemente müssen gut sein
- diese Strukturelemente werden auch von der DBK akzeptiert

V Demokratische Ansprüche und Biopolitik

- Biopolitik muß die Biomedizin durch Gesetze beherrschbar machen
 - dazu bedarf es Beratern
- Bedarf an Wissen => Rat von Experten
- Bedarf an Ratschlägen => Debatte im Parlament
- es herrscht immer mehr Konsens darüber, daß Bürger Anteil an Entscheidungen fordern
- Diskussion über Entscheidungsfindungsprozesse wird in vielen Ländern geführt
 - Gremien mit enger Anbindung an politische Entscheidungsträger (Kommissionen)
 - weiter entfernte, die in der Gesellschaft verortet sind
 - es gibt auch Zwischenformen
- Stakeholder-Typ
 - Mediationsverfahren
 - Planungszellen
 - Zukunftswerkstätten
- hier wird aber auch deutlich, daß Moral nicht verhandelbar ist
- die Leistungsfähigkeit der Modelle wird sich in der Praxis erweisen

§ 1 Was ist Bioethik

I Die bioethische Fragestellung und der Begriff der Bioethik

- umstrittener Begriff
- hier: neutraler Gebrauch, nicht ideologisch oder polemisch genutzt ("Lebensethik"; P. Singer etc.) => so geht auch Rom vor

I.1 Bioethik

- Bioethik ist Teilbereich der Ethik (≠ Sonderethik; ≠ Teilethik)
- 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, stammt aber aus dem angloamerikanischen Raum und wurde 1925 das erste Mal verwendet; 1971 nähere Definition von u.a. POTTER
 - heute teilweise negative Konnotation wegen Utilitarismus, Rechtfertigung des Infantizides, aktiver Sterbehilfe

- diese Themen werden aber im angloamerikanischen Raum offener diskutiert als in BRD (aus bekannten hist. Gründen)
- Bioethik ist der Versuch, generelle moralische Prinzipien in einem bestimmten Lebenszusammenhang zu finden.
- Bioethik ist die rationale Überprüfung moralischen Verhaltens gegenüber Leben.

I.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
 - sie gilt für alle und kann somit Konsens einer Gesellschaft bilden
- 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
 - Würde gründet nicht in Fähigkeiten des Menschen, sondern im „Ja“ Gottes
- Grundlage: anthropozentrisches Modell - Mensch steht im Mittelpunkt
- Konkurrenz zu anderen Ansätzen: **siehe Blatt „Bioethische Ansätze“**:
- anthropozentrisches Modell, pathozentrischer Ansatz, biozentrischer Ansatz, holistischer Ansatz


Exkurs 1: Das Tier als Mitgeschöpf

Exkurs 2: Die Bioethik-Konvention des Europarates

Geschichtlicher Überblick

- die Menschenrechtskonvention sollte durch die Bioethikkonvention erweitert werden
 - erster Entwurf stieß in BRD auf heftigste Kritik (im Hinblick auf NS)
- 1995 wurde dieser 1994 veröffentlichte Entwurf abgelehnt
- 1996 wurden 16 Kritikpunkte aufgenommen, u.a.:
 - Eingriffe in körperliche Integrität bei Einwilligungsunfähigen (≠ Unversehrtheit)
 - genetische Tests => Daten Schutz
 - fremdnützige Forschung an Einwilligungsunfähigen
 - Forschung an Embryonen
- im Juli 1996 wurde die Konvention angenommen
 - BRD stimmt als einziges Land dagegen
 - September 1996: Europäisches Parlament lehnte ebenfalls ab
- 19. Sept. 1996: Ministerkommunität stimmte dafür, BRD enthielt sich
 - man wollte den Fortgang der Debatte abwarten
 - BRD trat der Konvention nicht bei
- April 1997: Auflegung zur Unterzeichnung der Konvention
 - vorläufige Unterzeichnungsverweigerer: BRD; Schweiz, Österreich, Polen, GB
 - Mehrheit stimmte zu
- **Fazit:** Bisher keine Unterzeichnung durch BRD

Inhalt der Konvention

-  vgl. Blatt vom 31.10.02

- 14 Kapitel / 38 Artikel
 - o Kap. 1 Gegenstand und Ziel der Konvention
 - o Kap. 2 Einwilligung in medizinische Maßnahmen
 - o Kap. 3 Privatsphäre und Recht auf Auskunft
 - o Kap. 4 Das menschliche Genom
 - o Kap. 5 wissenschaftliche Forschung
 - o Kap. 6 Organtransplantation
 - o Kap. 7 Verbot finanziellen Gewinns
 - o Kap. 8 Verstöße gegen Konvention
- Rahmenkonvention, die durch Protokolle praktisch anwendbar wird

Strittige Punkte

- kritisch bleibt die Forschung an Nichteinwilligungsfähigen ohne direkten therapeutischen Nutzen
 - o Forschung muß lt. Konvention darauf abzielen ein stark verbessertes Verständnis der Krankheit des Betroffenen zu erlangen
 - o vorher muß die Möglichkeit derselben Forschung an Einwilligungsfähigen ausgeschlossen werden
 - o es darf nur ein minimales Risiko eingegangen werden
 - o Zustimmung des gesetzlichen Betreuers ist erforderlich
 - o die Dringlichkeit der Forschung ist evident (vgl. Alzheimer etc.), sodaß Ausnahmen vorgesehen sind
- die Herstellung von Embryonen zur Forschung ist verboten
 - o wo Landesrecht dies erlaubt muß ein adäquater Schutz gewährleistet sein
 - o allerdings: breite Interpretationsbasis
 - o somit ist Tür für Embryonenforschung offen (Reiter)
- Eingriffe in das Genom
 - o in der Keimbahn verboten
 - o aus therapeutischen Zwecken für den Embryo erlaubt
- Organtransplantation
 - o Entnahme von paarigen Organen ist erlaubt
 - o auch wenn dann ein Risiko für den Spender besteht

Kritische Bilanz

- Dokument hat eine wichtige Entwicklung genommen
 - o Schutz der Privatsphäre
 - o Recht auf (Nicht-) Wissen
 - o Schutz vor Diskriminierung
 - o Verbot finanziellen Gewinns etc.
- Frage, ob der Würde des Menschen ausreichend Rechnung getragen wird
- ethische Frage nach der Embryonenforschung ist ungeklärt (Verbot der Keimbahnforschung scheint gemeint, bleibt aber unklar)
- fremdzweckliche Forschung an Nichteinwilligungsfähigen bleibt unklar
 - o
- die von der Konvention behandelten Themen erscheinen willkürlich bzw. unbegründet ausgewählt
- wichtige Themen bleiben ausgeklammert (Reproduktionsmedizin, Sterbehilfe etc.)
 - o Regelung über Zusatzprotokolle

- Name „Bioethikkonvention“ ist irreführend, da es sich nicht um ein ethisches, sondern um ein rechtliches Dokument handelt
 - o ethische Normen werden durch das Gewissen sanktioniert
 - o rechtliche durch einen staatlichen Machtfaktor
- die Bioethikkonvention sollte wie andere Menschenrechtsdokumente angesehen werden, d.h. als Prozeßgröße
- gibt aber auch für die BRD Anregungen zu Verbesserungen (z.B. Beratung vor Präimplantationsdiagnostik)

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 Naturwissenschaft zuständig, für manche beide.
- die Moraltheologie ist berechtigt, ihren Beitrag zu leisten => Naturwissenschaft 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!

§2 Medizin und Ethik im Umbruch - Medizinische Ethik

- wachsende medizinische Praxis und die Lage des Gesundheitswesens zwingen zum Überdenken der Strukturen
- Umgang mit Leid und Tod ist geprägt von Handlungsmächtigkeit und Handlungsgrenzen der Medizin
- Patient ist sich seines Selbstbestimmungsrechtes bewußt geworden
- Handlungsspielraum des Arztes kann nur noch in Gesamtschau von medizinischen, juristischen, ethischen Aspekten abgesteckt werden

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.) => *Corpus Hippocratum*
- hippokratischer Eid: 2 Grundpflichten:
 - o ohne Ansehen der Person muß sich der Arzt für das Wohl des Patienten einsetzen (bonum facere)
 - o Patient darf nicht geschadet werden (nihil nocere)
- hippokratischer Eid (= paternalistische Medizinethik) reicht für heutige medizinische Praxis nicht mehr aus
 - o neue ethische Fragen werden an die Medizin gestellt
- Ergänzung der medizinischen Ethik durch **Vertragsmodell**

- Vertragsmodell beschränkt sich auf das Arzt-Patienten-Verhältnis (= Vertrag): die Entscheidung des Betroffenen ist letztgültige Instanz der Sittlichkeit und Zulässigkeit für eine Behandlung (= informed consent):
 - o Das Vertragsmodell beinhaltet 4 Prinzipien:
 - Autonomie des Patienten
 - Prinzip des Nicht-Schadens
 - Prinzip des Wohlwollens
 - Prinzip der Gerechtigkeit
 - o 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. Ethisches Denken ist erlernbar, ähnlich wie logisches oder mathematisches

II Gesundheit - Krankheit – Lebensqualität

- Gesundheit und Krankheit sind Grundbegriffe der Medizin. Sie gehören zusammen
 - o dies sind allerdings Zweckdefinitionen, die von der Perspektive abhängig sind
- 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)
- Wer darf aber hiernach als gesund gelten?
 - o Gesundheit ist nicht einfach die Freiheit von Störungen, sondern die Kraft mit Störungen leben zu können
 - o **Fazit:** Gesundheit ist kaum definierbar

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. (≠ Definition des regelgerechten Zustandes)
- ROTHSCUH: 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 = Hinterfragung durch die Molekulargenetik
- Krankheit ist auch ein gesellschaftliches Phänomen: wenn jemand krank ist, wird das von der Gesellschaft akzeptiert (= Zuerkennung einer Krankenrolle): 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:
 - o **physische Dimension:** Mobilität, Aktivitäten des Lebens, Schmerz...
 - o **psychische Dimension:** Wohlbefinden, emotionaler Zustand, Angst, Depression,...
 - o **soziale Dimension:** Beziehungen, Finanzielles, Arbeitsfähigkeit,...
 - o **spirituelle Dimension:** Hilfe durch Glauben, Ziele und Werte,...
- 3 Methoden der medizinischen Praxis der Lebensqualitäten-Feststellung
- o durch den Arzt
 - o durch den Patienten
 - o durch Arzt und Patienten gemeinsam (ideal)
 - o was ist medizinisch und subjektiv am besten für den Patienten
 - o 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:
 - o **Gestaltetheit**: findet sich nur in Organismen, stufenweise gegliederter Bau, schrittweiser Ausbau des Organismus (Einzelle-Jugend-Alter-Tod)
 - o **Selbsttätigkeit**: Fähigkeit und Drang aus dem Inneren des Lebewesens, Regulationsfähigkeit, Zielstrebigkeit, Aktivität
 - o **Planmäßigkeit**: Organismus enthält die Baupläne für alle Handlungen und Entwicklungen
 - o **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.
 - o **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 (= Menstrualblut), Samenflüssigkeit des Mannes stimuliert
- GALIENUS (129-199 n.Chr./röm. Arzt griechischer Herkunft): Theorie des "emboitement" (= ineinandergreifen, verschachteln) hält 500 Jahre an: weibl. Samen enthält kleine Embryonen, männlicher Same verleiht dem Embryo Wachstum, erweckt Embryo zum Leben eines Individuums, verhilft ihm aus der Verschachtelung
- A.V. LEEUWENHOEK (1632-1723): beobachtet 1676 zum ersten Mal männlichen Spermien, man sah darin kleine menschliche Wesen
- 1839: jeder Organismus besteht aus Zellen; der Embryo entwickelt sich aus einer einzigen Zelle
- 1878: Entdeckung der Chromosomen
- 1944: Vorgang der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle wird beobachtet
- 1946: Erkenntnis: Embryonalzellen haben 46 Chromosomen

- gegenwärtig existieren 6 Theorien zum Beginn menschlichen Lebens:
 - o **Konjunktionstheorie** (E. BLECHSCHMIDT): Beginn und Ausgangspunkt des Lebens ist der Zeitpunkt der Befruchtung; die Befruchtung ist Anstoß zur Entwicklung und der ausschlaggebende Moment; die Vereinigung der Chromosomen bedeutet Neuschöpfung. => Verschmelzung der Keimzellen

- **Zeitspanne der möglichen Mehrlingsbildung** (ca. 14 Tage nach der Befruchtung): bis zu diesem Zeitpunkt kann man noch nicht von einem individuellen sondern nur von einem artspezifischen Leben sprechen (“Individualität muß unteilbar sein”): Einheit und Unteilbarkeit der Seele: erst bei gesicherter Einheit kann von einem Individuum gesprochen werden.
 - **aber:** Individualität darf nicht mit Singularität gleichgesetzt werden
- **Einnistung** in die Gebärmutterschleimhaut (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 wenige 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
 - Zeitpunkt der Nidation auch aus kriminologischen Gründen: Vorherige Eingriffe in Embryonalentwicklung sind nicht nachweisbar. Außerdem müßten Nidationshemmer (= Verhütungsmittel) sonst unter Strafe gestellt werden
- 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
 - 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.
 - außerdem ist der Embryo schon vor Gehirnentwicklung lebendig

Menschwerdung ist abhängig von der Zustimmung der Frau

- die Frau muß Menschwerdung zulassen, Mensch wird erst durch Beziehung zum Menschen
- 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
- Personenstatus darf nicht von Gesellschaft definiert werden

Leben beginnt erst in späteren Jahren mit Entwicklung von **Selbstbewußtsein und Fähigkeit zu freier Entscheidung**

- treffen weder bei Embryo noch bei Kleinkind zu
- das Bild des Menschen wird auf aktuellen Besitz von geistigen Fähigkeiten verkürzt
- **aber:** schon die Potentialität macht den Menschen zum Menschen

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.
 - dem entspricht die Theorie der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle (auf welche sich die Kirchen berufen)
 - Problem hierbei: Wann beginnt das Leben eines geklonten Menschen, da hier ja keine Verschmelzung erfolgt (Zusammenfügen eines vollständigen Chromosomensatzes)
- Frage nach dem Lebensbeginn kann nicht eindeutig geklärt werden
 - hierzu auch keine letztgültige kirchliche Lehrentscheidung
 - in *Donum Vitae* ist allerdings von der Zeugung die Rede; Befruchtung ist also der Zeitpunkt der Beseelung
- erkennt man die Befruchtung nicht an, kann es nur noch pragmatische Setzungen des Beginns geben
- im Zusammenhang des Lebensbeginns wird auch der moralische Status des Embryos diskutiert
 - substantieller bzw. absoluter Lebensschutz
 - Menschen kommt von Anfang an Würde und Schutz zu
 - diese Würde ist unteilbar und unabwägbar
 - relativer bzw. prozentualer Lebensschutz
 - Würde wird erst im Laufe der Entwicklung erworben
 - volle Schutzwürdigkeit erst in einem bestimmten Status
 - Parteiungen gehen bei dieser Frage völlig auseinander

§4 Schwangerschaftsabbruch als individuelles und gesellschaftliches Problem

- 2001 ca. 135.000 Abbrüche (wenig Steigerung gegenüber 2000, aber Steigerung um 20% bei Minderjährigen)

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 (häufig scheint und ist dies unvereinbar)
gesellschaftliche Hintergründe/Rahmenbedingungen:
- menschliches Leben ist heute von Beginn bis Ende planbar und verfügbar (Intensivmedizin...), außerdem ist es nicht mehr durch (religiöse) Normen geschützt
 - o früher war menschliches Leben dem Eingriff des Menschen verwehrt
 - o Erzeugung im Reagenzglas ist heute möglich
 - o Lebenserwartung/-verlängerung ist möglich
- die Frage ist: Was bringt das? (Spaßgesellschaft)
- trotz aller Planung kann Unvorhergesehenes geschehen (ungewollte Schwangerschaft)
Bereitschaft nimmt ab, Leben (auch ungewollt) als Geschenk anzunehmen
- Maßlatte für das menschlich Zumutbare ist sehr weit unten.
kritische Funktion der Kirche
- Leben kann nur gelingen, wenn eben auch dieses Unvorhersehbare seinen Raum hat und angenommen wird
 - o Zumutbarkeit kann kein Argument sein, die Würde eines Menschen zu verletzen
- nach ALLENSBACHER Umfrage ist die Verwerflichkeit von Abtreibungen sehr gering

II Die biologisch-anthropologische Seite des Problems

II.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 aber wohl der angebrachteste Begriff.

II.2 Durchführung

II.2.a Methoden

- Abtreibungsmittel und Gifte, führen Fehlgeburten herbei, wirken nicht sicher, haben Nebenwirkungen (bewirken Tötung der Frucht, aber nicht Kontraktion der Gebärmutter)
- Ärztliche Abtreibung: operativ, medikamentös (hängt von Kopfgröße des Kindes ab)
 - o operative Methoden:
 - o hängt von der Größe des Embryos ab
 - a) operative Methoden in der frühen Schwangerschaft
 - o bis zur 6. Woche: ambulant, Frucht wird abgesaugt, "Menstruationsregulierung", ohne Narkose, kann ambulant erfolgen
 - o von 7.-12. Woche: erfordert die Ausweitung des Gebärmutterhalses unter Narkose: Absaugen (risikoloser und schneller) oder instrumentelle Ausräumung

- 13. Woche bis quasi Geburt: In der BRD nur aus medizinischer Indikation legal. Alle 3 Stunden Verabreichung von Prostaglandin, welches zur Gebärmutterkontraktion führt. Macht instrumentelle Ausschabung zusätzlich erforderlich. Höchste Belastung für Mutter und medizinisches Personal, vor allem, wenn das Kind noch lebt. Psychisch schonender ist der Eingriff unter Vollnarkose, wenngleich er physisch wesentlich belastender ist => ebenfalls pharmakologisch

- b) pharmakologische Methoden:
 - z.B. Abtreibungspille RU 486 (Entwicklung seit 1975) durch RUSSEL-UCLAV
 - Bezeichnung im Handel: Mifegyne
 - Wirkung: die Fruchtanlage wird in der Gebärmutter gelöst und ausgeworfen (Hormon als Gegenspieler zum schwangerschaftserhaltenden Hormon)
 - 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.
 - 1996 Beantragung der Zulassung für EU, somit auch für BRD

- 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.
- deutsche Lizenznehmerfirma hat die Lizenz zurückgegeben
 - hauptsächlich aus finanziellen Gründen, da die Gewinnspanne für den Arzt sehr gering ist; verdient am instrumentellen Abbruch mehr
 - mittlerweile nimmt Abnahme zu, da angeblich schonender für Frau

Verlauf:

- 4 Arztbesuche (gynäkologische 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. Prostaglandin wird ebenfalls verabreicht, damit Kontraktion der Gebärmutter erfolgt
- 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.

II.2.b Kritische Anmerkungen

- **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 (vgl. §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 (Prostaglandin) in 96% der Fälle erfolgreich
- Belastung für die Frau ist sehr hoch, da sie aktiv mitwirkt, der „Vorgang“ 3 Tage dauert und außerdem irreversibel ist
- viele Nebenwirkungen (nicht an Raucherinnen, Allergikerinnen, Epileptikerinnen etc.)
- grundlegendes ethisches Problem: Abtreibung ist Tötung menschlichen Lebens
- ethisch nicht vertretbare Signale bei RU 486:
 - o 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 oder gar Verhütungsmittel)). 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):
 - o legal nur medizinische Indikation (d.h. körperliche oder psychische Gefährdung der Mutter: “Leben gegen Leben”).
 - o Komplette Entfernung der Geburt und Plazenta. Sehr belastend für Mutter und ärztliches Personal, da das Kind lebend zur Welt kommt).

Auswirkungen des Abbruchs:

- Todesfälle sehr selten
- organische Schäden treten bei krimineller Abtreibung auf
- Sterilität der Frau
- psychische Störungen (Depression und Schuldgefühle).

Lösung

- es müssen Umstände geschaffen werden, welche die Frage nach einem Abbruch gar nicht erst aufkommen lassen

II.3 Anlässe und Ursachen

Indikationen

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

1.) Medizinische Indikation

- aus medizinischen Gründen: Lebensgefahr für Frau (= Vitalindikation)
- Gefährdung der Gesundheit der Frau (= prophylaktische/therapeutische Indikation)
- psychische Gefährdung der Frau (psychische und eugenische Indikation: Depression, Selbstmordgefahr...)

2.) Kriminologische / ethische Indikation:

- wenn Schwangerschaft durch kriminellen Akt (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch von Minderjährigen oder sexuelle Nötigung, Inzest, Behinderte) hervorgerufen wurde:

- ⇒ Unzumutbarkeit der Schwangerschaft (Schwangerschaft gegen ihren eigenen Willen, Verletzung der Würde der Frau [angeblich!])

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...))
- Unzumutbarkeit für Mutter und Kind

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

das Verhalten und die Situation der Frau

- Allensbacher-Umfrage 1989 zur Novellierung des § 218

Ergebnis:

- Schwangerschaftsabbruch ist oft Ergebnis einer labilen Lebenssituation
- häufig finanziell ungesicherte und labile Partnerschaft
- in 58% anderer Partner, Partnerwechsel
- 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:
 - o 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 ein 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. Ärzte und Beratungsstellen unterstützen die Frau in ihrem Entschluß
- junge Frauen werden besonders vom Partner unter Druck gesetzt, allerdings steht der Entschluß für die Mehrheit der Frauen von vornherein fest
- Eltern, privates Umfeld bieten oft keinen Rückhalt
- besondere Probleme: alleinerziehende Frauen => schlechte soziale Lage
 - o berufstätig, oft finanzielle Probleme
 - o Familie und Beruf sind in der BRD schlechter miteinander vereinbar als in anderen Ländern

III Geschichtlicher Überblick und gegenwärtige Situation (siehe Blatt 1)

III.1 Geschichtliche Daten

- Reichsgesetzbuch 1871: Schw.a. ist strafbar
- 1927: medizinische Indikation (Leben gegen Leben) abwägen, welches Leben größere Chancen hat (=> pro Mutter, ihr Leben wiegt höher)
- "Erbgesundheitsgesetz" (1933/35): rassistische/bevölkerungspolitische Argumente (Ungeborenes Leben wurde abgewertet) gewinnen Vorrang vor Lebensschutz
- BRD in den 50er/60er Jahren: medizinische Indikation, Schutz des Lebens ist "schwammiger" geworden
- 1960 Kriminologische Indikation, ansonsten 2 Modelle:
 - o Fristenlösung: bis 12. Woche straffrei (ohne Indikationen)
 - o 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 / 1975 vom BVerfG zurückgewiesen
- ab 1976 bis Wiedervereinigung: sehr weit gefaßte Indikationslösung

DDR:

- §§ 153-155
- Fristenregelung
- Selbstbestimmungsrecht der Frau und nicht das Leben sollte geschützt werden

Einigungsvertrag verpflichtete bis 31.12.92, Regelung zu vereinigen.

- 6 verschiedene Entwürfe im Bundestag, keine Einigung
- 27.7.1992 "Schwangerenhilfegesetz":
 - o Fristenmodell mit Beratungspflicht in 1.-12. W.
 - o von Bundesverfassungsgesetz außer Kraft gesetzt (nicht verfassungskonform)
- Übergangslösung ab 16. Juni 1993:
 - o am Schutz des Lebens orientiertes Beratungskonzept
 - Schw.a. wird mißbilligt, Recht des ungeborenen Lebens wird betont
 - Probleme:

1. 1.-12. Woche: Abbruch ist rechtswidrig, aber straffrei. Kosten werden aus Sozialhilfe finanziert
 2. 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 (SFHÄndG)

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
 - => Beratung, Vornahme durch Arzt, nicht mehr als 12 Wochen Schwangerschaft
 - => Paradox, da ein Kind angetrieben wird, aber eine solche Definition erfolgt, als sei dies nicht der Fall
 2. Indikationen (§ 218 a II: 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...) => Arzt muß sich davon überzeugt haben
 - => Pflicht zur Austragung kann Schwangeren wegen unzumutbaren Belastungen nicht zugemutet werden.
- Ausschluß der Rechtswidrigkeit gilt nicht nur für das Straf- sondern auch für das Sozialrecht (bedeutsam für Leistungen der Krankenkassen)
- weitere Aushöhlung des Paragraphen wegen Schutzes der Frau, damit nicht illegal praktizierende Ärzte die Abtreibung vornehmen.
- embryopathische Indikation liegt – insbesondere auf Betreiben der Behindertenverbände hin – nicht mehr vor (=> Selektion)

- 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 Schwangerschaft, nie gegen sie
- Beratung und verbesserte Situation für Frau und Kinder vor Strafe. Abtreibung ist immer verwerflich, allerdings haben wir z.Z. die beste bisher existierende Regelung (Reiter)
 - o §218
 - o Beratungsanspruch (Schwangerschaftskonfliktgesetz §2)
 - o 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 StGB + §§ 4+5 SchKG festgelegt
- dient dem Schutz des ungeborenen Lebens auch gegenüber der Frau, soll zur Fortsetzung ermutigen
- soll helfen, eine gewissenhafte und eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen
- fachliche Beratung ist ergebnisoffen zu führen, darf Frau nicht drängen
- Gesprächs- und Mitarbeitspflicht der Schwangeren, Frau kann natürlich auf stur schalten
- muß über Rechtsansprüche, praktische Hilfe und juristische Situation aufgeklärt werden
- Hilfe bei Wohnungssuche, Betreuung für Kind...

bb) Organisation der Beratung:

- Anspruch auf unverzügliche Beratung
- Schwangere kann anonym bleiben gegenüber dem Gesprächspartner, nicht aber gegenüber der Beratungsstelle
- weitere Fachkräfte können in die Beratung unentgeltlich mit einbezogen werden
- Ausstellung einer Bescheinigung darf nicht verweigert werden (auch nicht nach Ablauf der 12 Wochenfrist, wg. z.B. weitergehender Beratung)

cc) Beratungsstellen:

- § 219 regelt die Modalitäten für staatliche Anerkennung
- Nachweis fachkräftiger Kompetenz
- abtreibender Arzt darf keine Beratung durchführen, keine Verbindung mit Einrichtungen, die Abbrüche vornehmen
- Jahresabschlußbericht muß jedes Jahr abgegeben werden und gemachte Erfahrung aufgeschrieben werden. Anerkennung auf je 3 Jahre

c) Weitergehende Straffreiheit

- bis zur 22. Wo (§ 218 a IV)
- greift, wenn die Indikationen nicht zum Zuge kommen und die Mutter sich in schwerer Bedrängnis befindet
- persönlicher Strafausschließungsgrund
 - o es soll verhindert werden, daß Abtreibung unsachgemäß erfolgt
 - o 22. Wo = frühester Überlebenszeitpunkt für das Kind

d) Weitergehende Straffreiheit anderer Personen

- es kann auch derjenige bestraft werden, der die Schwangere zur Abtreibung nötigt (§ 240 StGB) => Drohung, Vorenthaltung von Unterhalt
- strafbewehrte ärztliche Pflichten
- ein Arzt – will er sich nicht nach § 218 c strafbar machen – muß folgende Pflichten erfüllen (sonst Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe)
 - o keine Werbung
 - o kein in Umlauf-Bringen von Abtreibungsmitteln

e) wo kann Schw.a. durchgeführt werden

- § 13 SchKG
- gesetzlich festgelegtes Kontingent an stationären Behandlungsmöglichkeiten, um Abwanderung zu “Kunstpfuschern” zu vermeiden; ortsnahe Abtreibung

- medizinisches Personal darf Beteiligung jederzeit ohne Angabe von Gründen verweigern (natürlich nicht bei Lebensgefahr für die Frau)
- Kosten:
 - o bei med. oder kriminol. Indikation werden die Kosten der Abtreibung von den Krankenkassen getragen
 - o innerhalb von 12 Wochen (Beratungsregel) müssen die Kosten der Abtreibung selbst übernommen werden (ärztliche Untersuchungen vor und nach der Abtreibung werden übernommen); bei Komplikationen zahlt Krankenkasse auch
 - o bei finanzieller Bedürftigkeit gibt es Anspruch auf Unterstützung bei unter 1.700 DM brutto im Monat und als Bezieher von Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe oder BAFöG
- über Schwangerschaftsabbrüche muß eine Statistik geführt werden (§ 15 SchKG), zu deren Erhebung Auskunftspflicht seitens der Ärzte und Krankenhausleitungen besteht

IV Die Antwort des Christentums

1. Das Umfeld

a) Vorderasien und Ägypten

- Strafe unbekannt
- CODEX HAMMURABI (18.v.Chr.): keine Strafandrohung
- in Ägypten mußte mit Hinrichtung einer Schwangeren bis zur Entbindung gewartet werden
- jüdisches Altertum: Abtreibung war wohl unbekannt oder nicht praktiziert

b) Griechenland:

- PLATON und ARISTOTELES waren für erlaubte Abtreibung, empfahlen sie sogar aus sozialen Gründen
- Aristoteles unterscheidet Entwicklungsstadien (sukzessive Entwicklung von Pflanzenseele - Tierseele - Vernunftseele)
- Aristoteles vertritt Abtreibung vor dem emotionalen Stadium der Tierseele (bei Mann ist dies der 40. Tag, bei der Frau der 80.Tag). => vgl. hierzu auch Thomas von Aquin
- 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
- hippokratischer Eid verbietet die Abtreibung allerdings

c) Römisches Recht

- älteres römisches Recht kennt Straftat 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 Delikt gegen den Ehemann (bei ledigen Frauen oder mit Erlaubnis des Mannes weiterhin kein Problem)

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 wegen Hochschätzung der Nachkommenschaft
- Mensch ist Abbild Gottes, inwieweit das auch für ungeborenes Leben gegolten hat, bleibt unklar (Ex 21, 22 ist kein sicherer Beleg)

3. Christliche Tradition

- in der **διδασχί** ergeben sich eindeutige Aussagen für ein Abtreibungsverbot (ältester christlicher Beleg dafür)
- der **Barnabasbrief** formuliert dies fast gleichlautend
- **Apostolische Kirchenordnung** und **Apostolische Konstitutionen** bezeichnen Abtreibung als Mord
- auch die **apokalyptische Literatur** sieht dies so
- dies stellt eine Neuerung des Christentums dar, da Abtreibung in der Antike neben Homosexualität, Prostitution als völlig normal angesehen wurde
- 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 des 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!!! (DH 2134)
- 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 an Hebammen
 - => 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, auch wenn dabei unfreiwilliger Abgang des Fötus erfolgt
- 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
- 1995: Enzyklika Evangelium Vitae (Johannes Paul II.)
- CIC c. 1398 bestraft Abtreibung mit Exkommunikation (Sonderregelung auf Gebiet der DBK)
- heutige kirchliche Auffassung:
 - o jede Indikation wird abgelehnt
 - o 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 in katholischen Stellen 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
 - => im Pluralismus müssen Orientierungspunkte gegeben werden

- => aber: Normativität ist nicht ausreichend, kann Entscheidung nicht abnehmen
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. Die Planungsmethode bleibt Gewissen der Partner überlassen, eine scheidet aus: Abtreibung
=> verantwortungsbewußte Partnerschaft heißt auch, frühzeitig zu verhindern, daß Kinder auf die Welt kommen, die nicht von beiden Partnern bejaht werden
=> frühzeitige Aufklärung ist wichtig; verantwortungsvoller Umgang mit Sexualität
 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 gegenüber erbringen)
 - Hilfe nahe stehender Personen ist wichtig
 4. Beratung zum Leben
 - schon im AT gibt es eine Beratungsinstitution (Amt des Ratgebers): dem Ratsuchenden muß die Vielzahl der Wege aus „höherer Perspektive“ aufgezeigt werden
 - Schwangerschaftskonfliktberatung hat ein Ziel: die Rettung des ungeborenen Lebens
 - therapeutische Kompetenz heutiger Beratung, d.h. der Berater soll sich aktiv mit seinen Überzeugungen einbringen ≠ Beeinflussung. Beratung darf also auch direktiv sein
 - Beratung zulassen, die positive Ziele zuläßt => letztendlich entscheidet auch hier das eigene Gewissen

VI Frage nach der Schuld


- katholische Kirche: Abtreibung ist die Tötung eines ungeborenen Lebens. Die Strafe ist die Exkommunikation (CIC c. 1398)
- Aufgabe der Kirche ist aber auch Vergebung
- in Evangelium Vitae stimmt Papst sehr einfühlsame Töne an

VII Einige Stationen des Ausstiegs

- ständiger Rat der kath. Kirche beschloß Ende 1999 den Ausstieg, als Folge einer römischen Entscheidung
- Argumente der dt. Bischöfe – Beratung rettet Leben – konnte nicht überzeugen
- Papst entschied autoritär => danach: Bildung von *Donum Vitae*
 - o arbeitete erfolgreich
- kath. Kirche berät ohne Schein weiter
- Reiter: Durch Ausstieg wurde eine Chance verfehlt

§5 Genetische Beratung und pränatale Diagnostik (PnD)

I Methoden

- in 3-5% kommen Neugeborene mit genetischen Defekten 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 => z.B. Familienanamnese
- bei der pränatalen Diagnostik wird bei bereits bestehender Schwangerschaft festgestellt, ob Erbfehler oder Behinderungen vorhanden sind => Beratung ist kostenlos
-  für PnD-Untersuchungsmethoden: siehe Zettel "PnD - Was ist das?"

I.1 Nicht-invasive Verfahren

- es wird nicht in die Fruchtblase eingegriffen
- Blutuntersuchung, Ultraschall, Tripel-Test
- risikolos für Mutter und Kind

I.2 Invasive Verfahren

- kann z.B. einen spontanen Abort auslösen (0,5 – 4%)

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 und sind mittlerweile Routine. Werden bei Frauen ab 35 angewandt
- 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:
 - o 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 ≠ Nützlichkeitsbeurteilung
 - o Krankheit, Behinderung etc. gehören außerdem zum Leben
 - o das Recht auf Fortpflanzung gehört zur Menschenwürde
 - o 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.
 - o nur in 3% der Risikoschwangerschaften wird eine Behinderung festgestellt, 97% der Eltern können beruhigt werden, daß ihr Kind gesund ist => kann Entscheidung erleichtern
 - o bei den 3% wird das Kind meist abgetrieben
- es bestehen allerdings auch Chancen der **Therapie** des Kindes im Mutterleib, allerdings sind dies nur Versuche und keine etablierten medizinischen Verfahren
 - o wachsende Kluft zwischen Diagnostizierbarkeit und Therapierbarkeit
- 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...*
 - o wenn eine PnD nur mit der Absicht durchgeführt wird, das Kind abzutreiben, ist sie nicht zu akzeptieren
 - o aber dem Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind ist nachzukommen
- Gefahr bei der PnD: in 1% der Fälle schädigt die PnD den Embryo
- Genauigkeit der Beratung bei 99%
- durch die PnD wird auch das Geschlecht des Kindes ermittelt => Selektion
- PnD wurde früher nur eingesetzt, wenn Eltern bereits behinderte Kinder hatten
 - o dann wurde die PnD für Müttern über 35 Jahren angeboten
 - o inzwischen wurde die Altersgrenze auf 31 Jahre herabgesetzt
- PnD hat gute und schlechte Seiten:
 - o die Mißbrauchsgefahren geben der PnD ein ambivalentes Gesicht
- die Eltern müssen wissen, worauf sie sich einlassen:
 - o die PnD setzt eine genetische Beratung voraus
 - o beim Vorliegen eines genetischen Schadens müssen die Eltern darauf hoffen können, daß sie von der Solidargemeinschaft getragen werden
 - o die PnD sollte daher nur aus wichtigen medizinischen Gründen durchgeführt werden
 - o Risikofaktoren der PnD: Fehlgeburt, Schädigung des Fötus/ der Schwangeren
- PnD und genetische Beratung müssen eine schwangerschafts-erhaltende 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:
 - o Jesus hat Schmerz und Leid erfahren.
 - o Gott trägt unser Leid mit
 - o so können wir es annehmen und mittragen
 - o 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 Rechtsunsicherheit angewandt
- Ausgangspunkt für die öffentliche Diskussion war der "Lübecker Fall" 1995

II Argumente pro und contra

- Diskussionsentwurf der Bundesärztekammer vom 24. Februar 2000:
 - o PiD soll erlaubt sein, für Erlaubnis gibt es große Hürden:
 - o extrem enge Indikationsstellung, intensive Aufklärung Beratung des betroffenen Paares
 - o Genehmigung durch eine Ethikkommission
 - o Verbot der PiD an totipotenten Zellen
 - o Verbot des Klonens
- Befürworter dieses Diskussionsentwurfs:
 - o spätere Abtreibung wird vermieden, wenn der Embryo bereits in vitro verworfen wird
- Gegenargumente:
 - o neue ethische Dimension:
 - o die Verantwortung liegt in der Hand des Arztes: zur PiD wird der Embryo eigens erzeugt, beim Schwangerschaftsabbruch reagiert man auf eine schon gegebene Situation!
 - o außerdem hat der Gesetzgeber durch die Neuregelung des §218f StGB nicht die Schutzwürdigkeit des Embryos zur Disposition gestellt
- Wertungsunterschied:
 - o 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 Screening (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 billigt 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 :
 - o zur Entwicklung neuartiger Medikamente
 - o zur Züchtung von Organen und menschlichen Geweben
 - o zur Behandlung von Krebs
 - o der Parkinsonschen Krankheit
 - o 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:
 - o bezeichnet jede noch nicht ausdifferenzierte Zelle eines Embryos, Fetus oder geborenen Menschen, die Teilungs- und Entwicklungsfähigkeit besitzt
 - o auf dem Weg der Spezialisierung der Zelle nimmt ihr Differenzierungspotential ab
 - o aus der totipotenten befruchteten Eizelle sowie aus den totipotenten Embryonalzellen (bis zum 8-Zellstadium) kann ein ganzer Mensch entstehen
 - o 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:
 - o 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
 - o 1981 wurde AIDS zum ersten Mal in Amerika beschrieben
 - o Juni 1981: 2 Forscherteams entdecken unabhängig voneinander das unbekannte Aids-Virus bei der Diagnose einer Lungenentzündung bei homosexuellen Männern
 - o zunächst unterschiedl. Namensgebung: HTLV III oder LAV
 - o 1985: komplette Erbstruktur des Aidsvirus wird entschlüsselt
 - o 1986: neue Bezeichnung: HIV (= Human Immundeficiency Virus)
- das Aids-Virus greift die Immunabwehr des Körpers an
 - o das Aids-Virus greift die T-Helferzellen an und vermehrt sich mit ihnen
- Aids ist eine chronische Krankheit, die eine jahrelange Inkubationszeit hat
 - o mehr als 10 Jahre können vergehen, ohne daß Symptome auftreten
- heute kann man 1 Jahr nach der Ansteckung das "lymphale Nopathie-Syndrom" beobachten:
 - o Nachtschweiß, Drüsenschwellung...
 - o danach folgt der Ausbruch
- die meisten sterben nach ca. 3 Jahren nach Auftreten der Symptome
 - o Leitinfektion ist meist eine Lungenentzündung / Tuberkulose
- die Patienten sterben nicht am eigentlichen Virus, sondern an den Folgekrankheiten
 - o der Virus findet sich besonders im Blut und in der Samenflüssigkeit
 - o die Übertragung erfolgt über Körperflüssigkeit (z.B. bei Geschlechtsverkehr oder bei Blutaustausch)
 - o Risikogruppen sind: Homosexuelle, Prostituierte, Bluter,...
 - o Übertragung über Speichel und Urin ist bisher noch nicht nachgewiesen
 - o außerhalb des Körpers ist das Aids-Virus nicht lange überlebensfähig
- beim Kontakt mit dem Virus werden Antikörper gebildet, die das Virus allerdings nicht bekämpfen
 - o 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")
 - o der Virus stammt von Schimpansen und wurde durch Schlachtung und Verzehr auf den Menschen übertragen
 - o 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
 - o Ansteckung in Europa durch Amerikabesuche Homosexueller
 - o über homosexuelle Drogenabhängige auch auf Heterosexuelle übertragen

- weitere Übertragungswege: Blutkonserven, Spritzen...
- der Virus wird auch von infizierten Müttern auf ihre Kinder übertragen
 - o 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
- Kirche muß das einlösen, was Jesus begonnen und praktiziert hat!
 - o Prüfstein für Glaubwürdigkeit des Christentums
- Leidende sind sehr empfindlich gegenüber anmaßenden Werten etc.
- Kirche muß zeigen, wie wirksam und lebendig die Vorstellung vom Leib Christi ist, der eben nicht nur aus Heiligen Bestehen muß

IV AIDS und die sexuelle Befreiung

- sexuelle Revolution ist in die Massen getreten; ist Aids die Rechnung dafür?
- erste Tendenzen vor WK II in Arbeiterkreisen
- Freud:
 - o libido (= Sexualtrieb) wird zum Grundaspekt menschlichen Verhaltens
 - o 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) ab den 60er
- Keuschheit wird zur "sonderbaren Einstellung"
- Anti-Baby-Pille: Zusammenhang Sexualität - Fortpflanzung wird geleugnet
- die Haltung gegenüber Homosexueller wird toleranter => Emanzipation
- die Intimsphäre wird als überholt abgelehnt (Verklemmtheit)

- in einem solchen gesellschaftlichen Klima konnte sich Aids leichter ausbreiten; Sexualität bringt keinen Virus hervor, verbreitet ihn aber immerhin

V Aids als Strafe Gottes?

- These: Aids treffe die pervertierte Gesellschaft, die sexuelle Grenzen, Moral und Normen hinweggefegt hat (Tun-Ergehen-Zusammenhang) => vgl. Bischof DYBA
 - o aber es gibt auch Menschen, die Aids unschuldig bekamen: Bluter, Kinder, Neugeborene
 - o außerdem wurden solche Überlegungen bei anderen Krankheiten nicht angestellt
 - o hängt also wohl mit dem Verbreitungsweg zusammen
- dieser "strafende" Gott ist mit dem Gott des Evangeliums nicht vereinbar!
- traditionsgeschichtlich bei CALVIN: Gott bestraft unsere Sünden durch Kriege und Seuchen
 - o allein Hiob lehrt gegenteilige Ansicht
- D. SÖLLE: Gott wird groß, weil er uns kleingemacht hat
- aber die Bibel hat eine andere Botschaft
 - o siehe Hiob: Krankheit ist keine Strafe
- zur Zeit Jesu gab es bei den Juden auch diese Strafhypothese:
 - o Jesus spricht dagegen (Joh 9,3)
 - o Jesus erweist Solidarität mit den Aussätzigen, vgl. Mt 8, 1-4(im Gegensatz zu Lev 13, 45ff.)
 - o reicht seine Hand, heilt
- auch Aids ist keine Strafe Gottes, sondern ein natürliches Ereignis
- natürlich stellt sich bei jedem Leid die Sinnfrage
 - o Gottes Gebote sind für unsere Freiheit erlassen
 - o Leid kann Anlaß zur Selbstbesinnung sein (so z.B. über 6. Gebot)

VI Aids und Angst

- Aids ist eine sozialpsychologische Erkrankung (nicht nur ein Virus)
- Angst vor Kontrollverlust und dem Gefühl des Ausgeliefertseins => drängt den Menschen in die Passivität
- S. DUNDE erkennt 4 Formen der Angst
 - 1) Angst vor der Ansteckung (Ablehnung des Kranken, keine Unterscheidung zwischen Virus und Person => Isolation)
 - 2) Angst vor dem Krankheitsausbruch
 - 3) Angst vor dem Ausschluß aus der Gesellschaft
 - 4) Angst vor der Krankheit als ein Spezialfall des Glücksverlustes
- **Grundangst vor dem Tod**, den wir im Alltag verdrängt haben, steckt wohl dahinter

VII Aids und der Umgang mit dem Tod (*entfiel in der Vorlesung*)

- Eros und Tod sind die großen Bewegter 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 und nicht nur medizinisches, psychologisches, soziales Problem
- 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, da Entkoppelung von Sexualität und Reproduktion:
 - o Austausch von Körperflüssigkeiten vermeiden
 - o andere Praktiken werden empfohlen: Masturbation, Massagen (galten bisher als einsam und abartig)
 - o "Genuß ohne Reue"
- deutsche Bischöfe (1987): Der sicherste Weg ist die sexuelle Enthaltung
- Kirche wendet sich schon immer gegen außerehelichen Geschlechtsverkehr und gegen Verhütungsmittel
- Sexualität hat ihren Platz in der ehelichen Treue
- Gegenargument: In einer Notlage könnte safer sex und Verhütung ein geringeres Übel sein, da sie moralisch geringeres Übel gegenüber der Krankheit darstellen (vgl. P. Kelly SJ)
- 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; keine Sicherheit eines Ausbruchs
- 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
- im Altertum nicht klar belegt
- Yersinia-Bacillus wird zum 1. Mal im 6. Jh. erwähnt
- Ende des 8. Jh. versiegt die Pest, kommt aber später wieder nach Europa zurück und wütet in mehreren Schichten (alle 10-15 Jahre) bis 1720
 - o 1348-1352: schwerste Zeit der Pest: 33-50% der Bevölkerung sterben; eingeschleppt von 12 Genueser Galeeren
- Pestbeulen: Geschwülste an Achseln und Leisten
- im Verlauf der Krankheit: Schwarze Flecken auf dem ganzen Körper
- Ende des 19. Jh. wurde das Pestbakterium entdeckt
- Hauptüberträger ist der Rattenfloh, später dann auch der Menschenfloh
- viele flohen auf das Land, vor allem Reiche (E.A. POE "Die Maske des roten Todes")
- „Behörden“ ergriffen nur spärliche Maßnahmen um keine Panik auszulösen und dem Handel nicht zu schaden, Eingriffe wurden so lange wie möglich hinausgezögert
- im Alltag löste die Pest große Einbrüche aus, Beziehungen der Menschen untereinander änderten sich grundlegend
 - o in Pestzeiten gab es keine „Rituale“ des Sterbens
 - o man starb unter anarchischen Bedingungen
- bei der Pest wurden Schuldige/Ursache gesucht. 3 verschiedene Meinungen;
 - 1) verseuchte Luft (verursacht durch Kometen etc.)
 - 2) Seuchenträger, die die Krankheit absichtlich verbreiten
 - 3) Gott; Rache
- auch viele Fremde oder Juden (= Brunnenvergifter) wurden verdächtigt (Pogrome)
- Fremde, Reisende, Aussätzige
- durch das Erbe wurden viele reich
- Pest war der Aufschwung zur Neuzeit
 - o Arbeiter waren knapp
 - o goldenes Zeitalter der Lohnarbeit
- Ähnlichkeit zu Aids liegt in psychologischen, soziologischen und moralischen Faktoren
- der Unterschied zwischen Aids und Pest liegt in der Ansteckung:
 - o Aids „holt“ man sich, man bekommt es nicht
 - o die Ansteckung durch die Pest konnte man nicht verhindern

2) die Lustseuche Syphilis

- Ursprungsort unbekannt (Aids = Afrika)
- Risikogruppen: Prostituierte
- 1494/95: Ausbreitung in ganz Europa
- Anzeichen: hohes Fieber, offene Geschwüre,...
- Ausgrenzung der Kranken war normal (Diskussion über Berufsverbot für Prostituierte und Meldepflicht für Freier)
- 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 wurde 1909 entdeckt)

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; wüteten bis der Mensch sich anpasste)
- zu Beginn wurden sie oft tabuisiert
- Folge war die Isolierung der Erkrankten (Isolierstationen. Nicht unbedingt größere Humanität)
- 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
 - o nicht immer kommt es zur Zugestehung einer Krankenrolle
- 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
 - o die Menschen müssen sich von der Krankheit gefährdet fühlen
 - o Menschen müssen davon überzeugt sein, daß die Änderung ihres Verhaltens die Krankheit verhindern kann
 - o oft brauchen Menschen auch ein persönliches Erlebnis (Tod eines nahestehenden Menschen etc.) => reine Informationen über Krankheit haben geringste Wirkung
- bei der Diskussion muß klar werden: Kondome sind nicht der einzige Schutz
- Ziel ist die Veränderung des Lebensstils, d.h. nicht nur medizinisch-biologische Aspekte
- 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 Krebserkrankten durchgeführt wird => Immunsystem ist stark vom psychosozialen Wohlbefinden abhängig
- 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:
 - o die Gesunden sind zu schützen
 - o bereits Infizierte sollten sich so verhalten, daß der Partner zu jedem Zeitpunkt geschützt wird, d.h. verantwortungsvoll
 - o keine Diskriminierung und Isolierung, sondern Nächstenliebe
 - o verantwortungsvoller Lebensstil und Sexualität, Überdenken der Begriffe Treue und Liebe

§ 9 Reproduktionstechnologie und Fortpflanzungsmedizin

- 1978 wurde in Oldham (GB) das erste Retortenbaby geboren
- 1980 erneut in Australien
- 1982 zum ersten Mal in der BRD
- damals Sensationsmeldungen, heute Routine (weltweit ca. 1 Million, BRD 100.000)
- in Bevölkerung weitgehende Akzeptanz (Allensbach 2000: 57% halten sie für gut)

I Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

- ca. 1.000.000 Paare in der BRD sind ungewollt kinderlos
- ungewollte Kinderlosigkeit = wenn innerhalb von 2 Jahren, bei regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt
 - o manche plädieren für 1 Jahr
 - o Zeitschrift ESHRE (für 2 Jahre): In untersuchter Gruppe wartete im 1. Jahr ein Großteil vergeblich auf ein Kind, 50% wurden im 2. aber schwanger
- Früher suchte man die Ursache vor allem bei der Frau
 - o heute: 30-40% bei Mann oder Frau, 30-40% bei beiden zugleich
 - o idiopatische, d.h. ungeklärte Störungen bis zu 35%
- Ursachen für Kinderlosigkeit sind vielfältig
 - o Beruf + Karriere
 - o Freiheitsbedürfnis + Finanzen
 - o wichtigster Grund: Paare entscheiden sich erst (zu) spät für ein Kind
 - für Industriestaaten typischer Trend
 - Lebenspartner wird erst spät gefunden
 - für berufstätige Frauen sind Kinder ein biographisches Risiko
 - Heiratsalter: Frauen \approx 27 Jahre; Männer \approx 29 Jahre

- Fruchtbarkeit der Frau verringert sich mit zunehmendem Alter (Höhepunkt mit 24 J.)
- weitere Faktoren: Umweltbedingungen, Lebensgewohnheiten etc.
- Fortpflanzungsmedizin kann solchen Paaren helfen
 - o Behandlung der gestörten Fortpflanzungswege: Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie, Insemination, unterschiedliche Methoden der künstlichen Befruchtung (in vitro etc.)
 - o Krankenkassen übernehmen die Kosten hierfür (z.B. für 4 In-vitro-Versuche, pro Versuch ca. 3000 €)
 - o in der BRD jährlich 200 Millionen € dafür

II Was wird gemacht? – Neue Techniken erhöhen Erfolgchancen

- in BRD ca. 110 Fertilitätszentren (einige entziehen sich allerdings der Kontrolle)
- die erste intravaginale **Insemination** wird 1770 berichtet
 - o Forschungen IVF wurden 1944 von ROCK und MENKIN durchgeführt
 - o erst in neuer Zeit wurde die Methode verbessert und somit therapeutisch nutzbar
- bis dahin nur Insemination (heute noch bei eingeschränkter Fruchtbarkeit des Mannes)
- neu: **In-Vitro-Fertilisation IVF** (wenn Eileiter der Frau fehlen oder verschlossen sind, bei Endometriose, bei Antikörperbildung gegen männliche Samenzellen)
- ebenfalls bei Spermadefekten
 - o dem Eierstock werden Eizellen entnommen und außerhalb des Mutterleibes mit aufbereiteten Spermien befruchtet (in vitro)
 - o zwei Tage später erfolgt Übertrag in die Gebärmutter = Embryotransfer (ET)
 - o 2001 in BRD 28.506 Behandlungen
- weitere Methode: **Intratubarer Gamtentransfer (GIFT)**
 - o aufbereitete Spermien werden zusammen mit den entnommen Eizellen in den Eileiter zurückgebracht
 - o die Befruchtung findet also nicht in vitro, sondern natürlich statt
 - o Anzahl der Behandlungen nimmt ständig ab
- **intratubarer Zygotentransfer (ZIFT)**
 - o Kombination aus IVF und GIFT
 - o erste Phasen der Befruchtung finden im Labor statt, dann Übertragung in Eileiter
 - o Vorteile (kontrollierte Befruchtung + natürliche Bedingungen) kombiniert
 - o immer seltener angewandt
- **Mikroinjektion (MI)**
 - o vor allem intracytoplasmatische Sameninjektion (ICSI)
 - o eine einzige Samenzelle wird direkt in die Eizelle injiziert
 - o Anzahl der Behandlungen nimmt sprunghaft zu

III Gesellschaftlich toleriert – Ethische Vorbehalte

- gesellschaftliche und medizinethische Diskussion ist von der theologischen abgekoppelt
- erstere sind vor allem an Vor- und Nachteilen interessiert, woran auch ihr ethisches Urteil hängt

- **Insemination und In-vitro-Fertilisation** werden als unbedenklich angesehen, insofern sie im homologen System (Samen des Ehemannes) stattfinden
- bzgl. der quasi homologen und der heterologen Insemination werden lediglich Bedenken formuliert (aber kein Verbot gefordert) => vor allem in Hinblick auf das Wohl des Kindes (kann das Kind den Erwartungen entsprechen, akzeptiert Frau den Mann als Vater etc.)
- ab dem 16. Lebensjahr hat das Kind ein Auskunftsrecht (bei heterologer Insemination); kein Entgelt für Samenspender; eine Samenspende nur bei einem Paar; keine Samengemische; umfassende psychosoziale Beratung des Paares; Anonymität des Spenders gegenüber den Eltern
- diese Bedenken bzgl. der Heterologität entfallen bei der **Mikroinjektion**
- hier kann Paaren zu einem Kind verholfen werden, allerdings liegt die Fehlbildungsrate bei ca. 1,3 (wegen Umgehung der natürlichen Selektion)
- die Baby-take-home-Rate ist bei allen Methoden recht gering
 - Hauptgrund für Misserfolge sind chromosomengeschädigte Eizellen (wg. Alter der Frau) => größere Erfolg bei vorheriger Selektion
 - hierzu wird die **PID** angewandt. Ist in BRD noch verboten
- **PID** = Qualitätscheck bzw. Selektion
 - zunächst galt: „Für eine PID ist eine IVF notwendig.“ Jetzt auch umgekehrt.
 - PID kann auch zur Geschlechtsselektion (in USA = family balancing) führen
 - Problem bei PID: Wird eine Methode erst zugelassen ist ihr Einsatz kaum noch zu begrenzen => so z.B. die „Züchtung“ von Organspendern etc.
- weitere Stationen auf diesem Weg: **Keimbahntherapie, therapeutisches und reproduktives Klonen**

IV Fortpflanzung ohne Altersgrenze – Wie alt ist zu alt?

- Bundesärztekammer nennt als Grenze das Klimakterium der Frau (im Ausland über 60)
 - interessant: Hier wird auf eine natürliche Grenze rekurriert, obwohl die Natur doch eigentlich umgangen werden soll
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen: 40, ausnahmsweise 45 Jahre (bei guten Erfolgsaussichten)
- Altersgrenze scheint gerade im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes geboten zu sein

V Ungelöste Folgeprobleme – Die Schattenseiten der Reproduktionsmedizin

- Umgang mit überzähligen Embryonen
 - im Rahmen der künstlichen Befruchtung werden drei Embryonen erzeugt, die in der Regel auch auf die Frau übertragen werden
 - überzählige Embryonen entstehen, wenn deren Übertragung aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann und in einem späteren Zyklus vorgenommen werden soll
 - laut IVF-Register: Ende 2001 90 Stück (imprägnierte Eizellen im Vorkernstadium Juni 2001: 75.539)
- nur aus einem medizinischen Grund ist die **Kryokonservierung** zulässig
- was geschieht, wenn nun keine Übertragung mehr möglich ist?
 - in BRD keine Regelung der Aufbewahrungsfrist (GB, F z.B. 5 Jahre)

- nach Beschluß des Europäischen Parlamentes (1989) keine Kryokonservierung länger als 3 Jahre
- deutsche Ärzteschaft begegnet dem Problem mittlerweile durch Kryokonservierung im Vorkernstadium (Pronukleusstadium, d.h. keine Zellkernverschmelzung)
- allerdings ist der Umgang mit Vorkernstadien nicht ausreichend geklärt
- weiteres Problem der künstlichen Befruchtung = **Mehrlingsschwangerschaften**
 - bei normaler, d.h. physiologischer Befruchtung ca. 1%, bei künstlicher 20-30%
 - höhere Fehlbildungsrate, Geburtenkomplikation, höhere Frühgeburtenrate
 - aus diesen Gründen stellt sich häufiger die Frage nach der Mehrlingsreduktion durch **Fetoizid** (durch Kaliumchloridinjektion in das Herz)
 - erhöht zwar die Überlebenschance der anderen Feten, dennoch große ethische und rechtliche Bedenken. Widerspruch zum ärztlichen Grundsatz der Lebenserhaltung
 - die Zentrale Kommission der Bundesärztekammer ist sich dessen bewußt und rät – wenn dennoch erforderlich – zu einer unselektiven Reduktion, d.h. des am besten zugänglichen Fötus
 - hier greift § 218 a StGB => medizinische Indikation

VI Problematische Hilfe – Wirkungen und Nebenwirkungen

- die durch Fortpflanzungsmedizin erzeugten Probleme scheinen größer zu sein als die gelösten
- Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken der IVF scheinen nicht überzeugend zu sein
 - erreicht eine Geburt nur in 9-15% der Fälle
 - Risiken sind beträchtlich
 - oft werden hierbei auch die persönlichen, partnerschaftlichen und sexuellen Probleme der Paare übersehen, die zur Fruchtbarkeitsstörung führen und durch IVF nicht behoben werden
 - das Argument, bei der IVF handle es sich um eine **Substitutionstherapie** (vgl. Herzschrittmacher, Prothese etc.) überzeugt nicht, da dem Patienten ja gerade die gestörte Funktion nicht ermöglicht wird (vgl. Ersatzmutterschaft als Extrem) => „Medizin ohne Indikation“

VII Frühzeitig Dämme errichten – Das Nein der Kirchen

- die offizielle katholische Position lehnt alle Methoden der künstlichen Befruchtung ab
 - bereits 1897 (DH 3323)
 - PIUS XII. ebenfalls
 - 1987 Enzyklika Evangelium Vitae => Ablehnung sämtlicher Methoden, da Gefährdung der Würde des Kindes und der Würde der ehelichen Fortpflanzung (= Entkoppelung)
 - EKD rät ebenfalls von Methoden ab

VIII Rechtliche Fragen – Wie schützenswert ist der Embryo?

- Fortpflanzungsmedizin bewegt sich in einem komplexen rechtlichen Rahmen
- Therapiefreiheit des Arztes wird eingeschränkt aufgrund besonderer Risiken
- grundlegendes Regelungsinstrument: **Embryonenschutzgesetz (1991)**

- strafrechtliches Verbot missbräuchlicher Fortpflanzungstechniken
- reproduktionsmedizinische Vorschriften im 5. Buch des **Sozialgesetzbuches (SGB V, §§ 27a und 121a)**
- **Richtlinien** des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
- **Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (1997) § 13**
 - Verpflichtung zur Einhaltung der „Richtlinien zur IVF der Bundesärztekammer“
- **Leitlinien und Empfehlungen** der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften
- etliche Probleme sind allerdings noch nicht erfaßt oder nur unzureichend geregelt
- andere treten erst im Laufe der Entwicklung und Forschung auf (z.B. Verbot der PID, Aufbewahrung von Embryonen, Zulassungs- und Meldepflicht etc.)
 - ↓
- Vorschlag eines geschlossenen **Fortpflanzungsmedizingesetzes**
 - Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ (2002) hat ebenfalls für ein solches Gesetz plädiert

IX Vom Verbot zum Angebot – Vom Kinderwunsch zum Wunschkind

- Kulturgeschichtlich ist die Fortpflanzungsmedizin ein weiterer Schritt auf dem Weg menschlicher Eingriffe in die Natur => erweitert Handlungsmöglichkeiten des Menschen
 - hatten die 60er Sexualität ohne Fortpflanzung ermöglicht, so wurde dies ab 1978 umgekehrt
 - ursprünglich ultima ratio; heute Allheilmittel
 - fast grenzenlos: Weder Unfruchtbarkeit noch Alter zählen, Jungfräulichkeit etc
- starke Eigendynamik, die nicht zu bremsen scheint
 - Nutzen relativ gering, Mißbrauchsgefahr ist groß
 - was möglich ist wird gemacht => Machbarkeitskalkül rückt in Vordergrund
 - Forscher sind den Kontrolleuren zumeist überlegen
- kann für die Fortpflanzungsmedizin die gleiche individuelle, gesundheitliche und sozialpolitische Wertigkeit wie für andere „Therapien“ (Krebsforschung, Demenzforschung etc.) geltend gemacht werden?
- außerdem sollte bedacht werden, daß ein Kinderwunsch auch auf andere Weise erfüllt werden kann
 - psychosoziale und psychotherapeutische Konzepte
 - Pflegschaft, Adoption
- außerdem kann ungewollte Kinderlosigkeit auch zur positiven Entscheidung werden
 - neue Lebensziele, neue Lebenswege, neue Entwicklungsmöglichkeiten
 - bei einer Untersuchung wurden ungewollt kinderlose Paare zwischen 43 und 65 Jahren befragt: Kinderlose Paare sind genauso glücklich und sozial eingebunden, wie Paare mit Kindern
- der entscheidende Schritt für die psychische Bewältigung ist die Entwicklung von alternativen Lebenskonzepten
 - ungünstig wirken sich nach der Studie Selbstschuldzuweisungen, feste Stereotype (z.B. bei Männern der Wunsch nach Stammhaltern; Frauen => Kinder als Bestandteil ihrer Geschlechterrolle)