

# IMAGO HOMINIS

Band 9 - Heft 4 - 2002

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE  
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

---

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 9 - Heft 4 - 2002



---

IVF –  
HINTERFRAGUNG  
EINER PRAXIS

---

**4**  
2002

# IMAGO HOMINIS

## Herausgeber:

Johannes BONELLI

Enrique H. PRAT DE LA RIBA

## Schriftleitung:

Notburga AUNER

## Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Graz)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

# INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL .....	221
-----------------	-----

## AUS AKTUELLEM ANLASS

J. KÖNIGSEDER <i>Geschlechtswahl mittels Spermiselektion</i> .....	223
--	-----

J. BONELLI <i>Hat die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt die Diskussion über biopolitische Themen gefördert und belebt?</i> .....	225
---	-----

IMABE-INSTITUT <i>UNO bereitet Klonverbot vor</i> .....	227
---	-----

## SCHWERPUNKT: IVF – Hinterfragung einer Praxis

A. SONNENFELD <i>Ärztliche Heilkunst im Dienste der Person</i> .....	229
--	-----

W. MIXA <i>Zur Frage der moralischen Legitimität der IVF</i> .....	237
--	-----

C. HILLGRUBER <i>Die verfassungsrechtliche Problematik der In-Vitro-Fertilisation</i> ...	245
---	-----

N. AUNER <i>Der moralische Status des menschlichen Embryos in vitro</i> .....	255
---	-----

## FALL

<i>Medizinethischer Bericht über die Patientin Anna R.</i> .....	267
--	-----

T. GAUDERNAK <i>Kommentar zum Fall</i> .....	269
--	-----

TAGUNGSBERICHT .....	271
----------------------	-----

NACHRICHTEN .....	274
-------------------	-----

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL .....	277
----------------------------	-----

BUCHBESPRECHUNGEN .....	279
-------------------------	-----

Herausgeber: Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA  
Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4  
E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org), <http://www.imabe.org>  
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803  
Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER  
Redaktion/Nachrichten: Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Dr. Antoine SEGUR-CABANAC, Claudia UMSCHADEN  
Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.  
Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.  
Layout, Satz, Graphik und Produktion: Claudia UMSCHADEN  
Herstellung: Druckerei ROBITSCHKE & Co, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien  
Anzeigenkontakt: Claudia UMSCHADEN  
Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,  
Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-  
Abo-Service: Claudia UMSCHADEN  
Bankverbindung: CA AG, Kto. Nr. 0955-39888/00  
Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien  
Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.  
Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.  
Einladung und Hinweise für Autoren:  
Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.  
Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.  
Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Ein Großteil der biopolitischen Problemfelder, die uns heute beschäftigen, entspringt einer Medizin, in der die Machbarkeit zur obersten Instanz geworden ist. Alles, was möglich ist, soll auch Anwendung finden. Alles, was technisch gemacht werden kann, ist auf jeden Fall ein Fortschritt und wird ernsthaft erwogen. Es wird sogar das Zukünftige in die Diskussion eingebracht, um, wie man sagt, vorbereitet zu sein, wenn das Mögliche dann eines Tages *realiter* auch vollbracht werden wird. Der rasante Fortschritt der Wissenschaften hat die Öffentlichkeit in rascher Abfolge mit den folgenreicheren Entscheidungen konfrontiert. Man denke nur an die In-vitro-Fertilisierung, Samenbanken, Leihmütter, Wunschbabys, tiefgefrorene Embryonen, das therapeutische Klonen, Ersatzorgane, Xenotransplantationen, Gentherapie, Keimbahneingriffe, um nur einiges zu nennen, denn diese Aufzählung könnte problemlos fortgesetzt werden.

Brauchen wir wirklich alle jene Techniken? Müssen sie, wenn schon entwickelt, etabliert werden? Was bedeutet denn „Fortschritt“ für die Menschheit, woran misst er sich und worin liegt er? Inwiefern kann von Fortschritt gesprochen werden, wenn Embryonen verbraucht, Familienbande zerstört oder mit elternlosen Zygoten experimentiert wird? Wäre es nicht fortschrittlicher, auf manche Techniken zu verzichten? Diese Fragen gelten in vielen Kreisen geradezu als Tabu, weil einem blinden Glauben an die Technik und den Fortschritt gehuldigt wird. Wer solche Fragen formuliert, wird der Fortschrittfeindlichkeit bezichtigt.

Ist jede Erneuerung ein Fortschritt? Soll eine neue Technik, die etwas Neues möglich macht, immer als Fortschritt gelten? Das Wesen einer jeden Technik ist die Mittel-Zweck-Relation, d.h. eine Technik ist ein Verfahren zur Erreichung eines Zweckes durch Einsatz von bestimmten Mitteln. Die Qualifizierung einer Technik als Fortschritt oder Rückschritt ist ein ethisches Urteil. Und dieses Urteil lautet: jede Technik, die mit ethisch unbedenklichen Mitteln einen für den Menschen guten Zweck ermöglicht, ist ein Fortschritt. Dass jede Technik missbraucht werden kann und Übles bewirken kann, liegt aber nicht in der Technik selbst, sondern in ihrem Missbrauch zum schlechten Zweck. Es wäre deshalb ein Unding, die Technik zu verteufeln und zu verbieten, weil sie missbraucht werden könnte. Die prinzipielle Offenheit für die technischen Erneuerungen ist eine kulturelle Errungenschaft der Renaissance, die nicht revidiert werden darf.

Es gibt allerdings Techniken, deren Anwendung auf jeden Fall und immer ethisch verwerflich sind, weil sie, unabhängig davon, dass sie auch Gutes bewirken können, Mittel verwenden, die niemals zur Disposition stehen bzw. Zwecken dienen oder unmittelbare Nebenwirkungen haben, die niemals angestrebt werden dürfen. Jede Handlung, die ethisch unzulässige Mittel verwendet und/oder unsittliche Ziele verfolgt, ist verwerflich. Und auf eine Technik, die theoretisch oder praktisch nur solche Handlungen ermöglicht, müsste verzichtet werden.

Die Biotechnologie wirft sehr schwierige ethische Fragen auf, weil ihre Entwicklungen auch als Werkzeug zur subtilen Instrumentalisierung von Menschen verwendet werden können. Es sind Fragen, die die Achtung der Würde des Menschen betreffen, und die Würde des Menschen ist ein schwer fassbarer Begriff.

Dieses Heft wird einer Technik gewidmet, die unseres Erachtens ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Die Tatsache, dass in den meisten entwickelten Demokratien die In-vitro-Fertilisierung (IVF) legal in der Forschung und klinischen Praxis verwendet wird, legitimiert sie in keiner Weise, macht aber eine offene ethische Diskussion fast unmöglich. Viele – auch prominente Denker wie z.B. HABERMAS oder HÖFFE – die sich über die unmittelbaren Folgen der IVF ablehnend äußern, wagen nicht den Konsens anzugreifen und übergehen die Legitimationsfrage.

Rund 10 Jahre nach der Legalisierung der In-Vitro-Fertilisierung in Österreich durch das Fortpflanzungsmedizingesetz und zwölf Jahre nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz wollen wir mit großem Respekt dieses Thema nochmals aufgreifen, in der Hoffnung, dass die Mehrheit der Forscher anhand der hier dargelegten Argumente bereit ist, den Konsens zu hinterfragen. Die Beiträge dieser Ausgabe wollen Diskussionsanregung bieten: SONNENFELD vertritt die These, dass bei der IVF nicht mehr von Heilkunst im Dienste der Person gesprochen werden kann. MIXA zeigt die Position des katholischen Lehramtes auf und erläutert die Hintergründe ihrer Ablehnung der künstlichen Befruchtung. HILLGRUBER liegt daran, dass die IVF beträchtliche verfassungsrechtliche Probleme aufwirft. AUNER untersucht den moralischen Status des Embryos in vitro und zeigt dabei, dass es hier eine unüberbrückbare Kluft zwischen Theorie und Praxis gibt. Die unermessliche Würde und daher der absolute Lebensschutz, die dem Embryo in vitro gleich wie in utero aus philosophisch-anthropologischer Sicht zukommt, kann in der Praxis nicht umgesetzt werden. Die Erklärung dafür ist, dass durch die Technik etwas erzeugt wurde, das auf diese Weise niemals hätte erzeugt werden dürfen, und diese Verletzung der Menschenwürde führt in der Folge zu Ausweglosigkeiten, die nach menschlichem Maß nicht mehr aus der Welt geschafft werden können.

Das Jahr 2002 neigt sich dem Ende zu, und wir wünschen allen unseren Lesern ein gesegnetes Weihnachtsfest.

Die Herausgeber

## Geschlechtswahl mittels Spermiselektion

*Johannes KÖNIGSEDER*

Junge oder Mädchen: Seit der Antike hat diese Frage die Väter und Mütter beschäftigt, verschiedene Bemühungen gab es in der Geschichte, diese Entscheidung der Natur zu beeinflussen.

Frank COMHAIRE, Leiter der Andrologie des Universitätskrankenhauses Gent, bietet seit einigen Jahren an, Paaren, je nach Wunsch, zu einem Sohn oder einer Tochter zu verhelfen. Mit Hilfe eines Spermiasortierers werden Spermien mit X-Chromosom von denen mit Y-Chromosom getrennt und nur die vom gewünschten Geschlecht kommen bei der Insemination in die Gebärmutter. Ganz einfach ist das Verfahren nicht, gibt der Reproduktionsmediziner zu. Es dauert etwa ein halbes Jahr von der Spermaprobe bis zur künstlichen Besamung, der Insemination. Das vom privaten Genetics & IVF Institute in Fairfax (Virginia) patentierte Verfahren nutzt den Umstand, dass X-Chromosomen etwas mehr DNA in sich tragen als Y-Chromosomen. Nach Markierung mit einem Fluoreszenzfarbstoff werden die Spermien durch den Mikrosorter geschickt, an der Menge des emittierten Lichts erkennt die Maschine die unterschiedlichen Geschlechtschromosomen und trennt die Spermien voneinander. Schließlich werden der Mutter je nach Wunsch die X oder die Y-tragenden Spermien injiziert. „Rund 400 Kinder wurden auf diese Weise bereits erzeugt“, heißt es in einer Werbebroschüre des Genetics & IVF Institute, „– und hunderte Interessenten melden sich im Monat.“

Erst die moderne Fortpflanzungstechnik macht die Geschlechtswahl möglich. Ersonnen wurde der Spermiasortierer um Leiden zu verhindern. Paaren mit geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten sollte so geholfen werden, ein gesundes Kind zu bekommen. Bei Frau-

en, die Konduktorinnen der Bluterkrankheit sind, will man mit dieser Technik erreichen, dass nur Spermien mit X-Chromosom zur Befruchtung kommen – und so eine Tochter ohne Krankheitsmanifestation entsteht. Bald jedoch erweiterte sich die Nachfrage und seit 1998 kommt diese Technik der „sex-selection“ auch bei gesunden Paaren zur Anwendung.

Die Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines Kindes mit dem gewünschten Geschlecht ist bei der Spermiselektion bescheidene 88% beim Wunsch nach einem Mädchen, bei Jungen ist die Treffsicherheit nur 73%. „Wer allerdings 100 % Sicherheit wünscht, muss Präimplantationsdiagnostik anwenden“, so F. COMHAIRE. Die umstrittene, in Zusammenhang mit Früherkennung von genetischen Erkrankungen entwickelte Präimplantationsdiagnostik (PID) ermöglicht es, das Geschlecht des künftigen Babys bereits im Embryonalstadium zu erkennen. Die Befruchtung im Reagenzglas wird hier vorausgesetzt. Dann sortiert der Mediziner jene Embryonen aus, die nicht dem Geschlechtswunsch entsprechen.

Offensichtlich wirft die Anwendung von Methoden zur Geschlechtswahl die Frage nach ethischen Implikationen auf. Noch im Jahr 1999 lehnte das Ethikkomitee der American Society of Reproductive Medicine (ASRM) in einer Stellungnahme Geschlechtsselektion aus nichtmedizinischen Gründen ab. Eine solche Geschlechtsselektion sei diskriminierend, würde Vorurteile über Geschlechter bestätigen und gesunde Frauen mit unnötigen medizinischen Eingriffen belasten. Nur zwei Jahre nach der Ablehnung von Geschlechtsselektion aus nichtmedizinischen Gründen veröffentlicht die ASRM eine neue Stellungnahme zur Spermientrennung. Diesmal fehlen die Einwände gegen sex-selektion aus nichtmedizi-

nischen Gründen und diskriminierende Effekte sah das Komitee plötzlich nicht mehr. Die gleichen Argumente sollten auch für sex-selektion per PID gelten, stimmt der Vorsitzende des Komitees John A. ROBERTSON zu. Wenn man schon Geschlechtsselektion zulasse, dann müsse auch jene Methode erlaubt sein, die den höchsten Erfolg garantiere.

In England ist Geschlechtswahl verboten. Dieses Verbot umgingen Kliniken indem sie ihre Paare in Kliniken in den USA überwiesen haben, und einige gelangten so zu ihrem Wunschkind.

Geschlechtsselektion wird heute auf verschiedene Weise und in großem Umfang betrieben. In China z. B. mit dem Ziel Mädchen zu vermeiden. In Indien werden tausende Föten abgetrieben, weil ein vorgeburtlicher Ultraschall sie als weiblich identifiziert. Allein in Bombay gab es 1996 bereits 200 Kliniken, die sich, wie sie selbst offiziell angaben, auf selektive Abtreibung spezialisiert hatten. Diese Zahlen nimmt der Reproduktionsmediziner Antiruddha MALPANI, der in Bombay eine Praxis betreibt, zum Anlass, für eine Selektion in einem früheren Stadium mittels PID zu plädieren (It. Human Reproduction, Jänner

2002). Es seien auch schon eine Reihe geschlechtskontrollierter Kinder geboren, seit MALPANI in seiner indischen Praxis PID betreibt. Bisher ausnahmslos Jungen. Sein Argument lautet: Wenn Paare mit Verhütungsmitteln die Wahl haben, wann und wie oft sie ein Baby haben möchten, dann könne man es ihnen nicht verwehren, wenn sie auch das Geschlecht aussuchen wollen.

Die Anwendung von Spermiselektion, um sich einen Buben oder ein Mädchen zu verschaffen, ist sichtlich eine Entwicklung einer von Konsumismus und Hedonismus geprägten Zeit und sittlich unannehmbar. Gegen den ausdrücklichen Wunsch nach einem Jungen oder einem Mädchen ist an sich nichts einzuwenden. Er ist auch ethisch betrachtet legitim. Was keinesfalls legitim sein kann, ist, diesen Wunsch mit Mitteln durchzusetzen, die ethisch unzulässig sind, wie etwa der künstlichen Befruchtung oder der Insemination, die bei der Methode der Spermiselektion notwendig sind.

Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Imabe-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13  
A - 1030 Wien

## Hat die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt die Diskussion über biopolitische Themen gefördert und belebt?

Johannes BONELLI

Die Österreichische Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes hat der Öffentlichkeit seinen ersten Tätigkeitsbericht über den Zeitraum vom 2. Juli 2001 bis 3. Juli 2002 vorgelegt. Der Bericht im Wortlaut ist auf der Homepage des Bundeskanzleramtes <http://www.bka.gv.at/bioethik/index-taetigkeitsbericht.html> abrufbar.

Im Berichtszeitraum hat die Kommission 10 Sitzungen abgehalten und dabei eine Empfehlung und zwei Stellungnahmen ausgearbeitet:

Am 11. Februar 2002 hat sie eine Empfehlung für einen Beitritt Österreichs zur Biomedizinkonvention des Europarates abgegeben.

Am 6. März 2002 hat sie die Stellungnahme zur Frage der innerstaatlichen Umsetzung der Biotechnologie-Richtlinie verabschiedet.

Am 8. Mai erfolgte die Stellungnahme zur Frage der Stammzellenforschung im Kontext des 6. Rahmenprogramms der EU im Bereich der Forschung, technologischen Entwicklung und Demonstration als Beitrag zur Verwirklichung des europäischen Forschungsraums (2002-2006).

Die letzte Stellungnahme hat allerdings zwei alternative Empfehlungen enthalten. Die erste wurde vom Vorsitzenden, Prof. Johannes HUBER und weiteren zehn Mitgliedern, die zweite vom stellvertretenden Vorsitzenden, Prof. Günther PÖLTNER und weiteren sieben Mitgliedern unterstützt. Diese Stellungnahme wurde von Imabe (vgl. IMAGO HOMINIS Band 9, Heft 2, S. 88-89) kommentiert. Es war erfreulich, dass die Österreichische Bundesregierung sich nicht durch das Stimmenverhältnis irritieren ließ und der Ministerrat der EU nach der zweiten, ethisch korrekteren Empfehlung abstimmte.

Es ist sicherlich noch verfrüht, nach einem Jahr Tätigkeit die Frage zu beantworten, ob diese neue Einrichtung den Erwartungen entsprochen hat. Wenn man aber die Aufgaben

vergleicht, die ihr in der Verordnung Nr. 226 (vgl. BGBl vom 29. Juni 2001) zugeteilt wurden, könnte man vermuten, sie sei nicht auf dem besten Weg, das ihr Angetragene einzulösen. Allein die Aufgabe „Information und Förderung der Diskussion über wichtige Erkenntnisse der Humanmedizin und -biologie und über die damit verbundenen ethischen Fragen in der Gesellschaft“ (vgl. Verordnung § 2, (1), 1) scheint ziemlich zu kurz gekommen zu sein. Von einer Förderung der Diskussion auf breiter Basis, wie der Bundeskanzler und der Vorsitzende der Kommission in der Gründungsphase immer wieder betont haben, ist man noch sehr weit entfernt. Besonders auf die letzte Stellungnahme (aber auch auf die anderen) gab es heftige Reaktionen, mit denen sich die Kommission nicht auseinandergesetzt hat. Will die Kommission wirklich die Diskussion fördern? Man kann diese Frage vorerst nur verneinen. Die deutsche Schwesterinstitution beim Berliner Bundeskanzleramt, der Nationale Ethikrat hat beschlossen, ab 2002 alle Sitzungen des Nationalen Ethikrats öffentlich zugänglich zu machen. Dies könnte man auch in Österreich machen.

Die nächste Periode der Bioethikkommission verspricht spannend zu werden. Bereits in der Sitzung vom 3. Juli 2002 wurde die Behandlung des Fortpflanzungsmedizingesetzes und die UN-Antiklonkonvention angekündigt. Zur letzteren siehe unsere Stellungnahme in diesem Heft (vgl. auch IMAGO HOMINIS Band 9, Heft 2, S.79-80). Welche Empfehlung wird hier zu erwarten sein? Kompromissloses Klonverbot oder wieder ein Verbot mit Hintertüren?

Es war auch zu erwarten, dass die Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes irgendwann auf die Tagesordnung kommen sollte. Die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie,

dessen prominentestes Vorstandsmitglied gleichzeitig Präsident der Ethikkommission ist, macht seit Jahren Druck, um dieses Gesetz zu ändern. So soll die Aufbewahrungsfrist tiefgefrorener Eizellen, Samenzellen und Embryonen von einem Jahr auf zehn Jahre verlängert, eine Gleichstellung von Ei- und Samenzelle als Spende für die heterologe künstliche Befruchtung erwirkt, die Zulassung von Präimplantationsdiagnostik und Versuche mit Embryonen ermöglicht werden. Der Präsident der Gesellschaft, Prof. FISCHL, Oberarzt an der Abteilung, der Prof. HUBER vorsteht, hat dieses Vorhaben im November 2000 in einer Enquete im Justizministerium präsentiert. Nicht wenige in Österreich wünschen sich, dass die Ethikkommission diese Diskussion auf breiter Basis be-

ginnt, weil sie die Frage der Rechtfertigung der IVF neu aufrollen wollen. Die Erfahrung der letzten zwölf Jahre hat nämlich gezeigt, dass mit der Einführung der IVF der Rubikon des Lebensschutzes überschritten wurde, d.h. diese Technik stellt die erzeugten Embryonen auch für andere Zwecke als reproduktive zur Verfügung, ohne dass dagegen etwas getan werden kann. IVF setzt faktisch jeden legalen Embryonenschutz außer Kraft. Die Diskussion über ein effizientes Embryonenschutzgesetz in Österreich wäre daher sehr wichtig.

Univ.Prof.Dr. Johannes BONELLI  
Direktor des KH St. Elisabeth  
Landstraßer Hauptstraße 4a  
A - 1030 Wien

## Erklärung des IMABE - Instituts: UNO bereitet Klonverbot vor

Die Organisationen der Vereinten Nationen (UNO) befassen sich endlich mit der Frage eines internationalen Klonungsverbots. Dies ist sehr zu begrüßen. Eine deutsch-französische Initiative bei der UNO hat diese Frage auf die Tagesordnung gebracht. Diese Initiative will aber nur das reproduktive, nicht aber das menschliche Klonen für therapeutische Zwecke untersagen. Deshalb begrüßen wir noch mehr den Gegenentwurf der USA, von Spanien und den Philippinen, die jeglicher Klonung von Menschen den Kampf ansagen.

Wenn man die Entwicklung der Biopolitik der letzten Jahrzehnte genau verfolgt, kann man die deutsch-französische Position nur als blauäugig bezeichnen. In der Tat waren in der jüngsten Vergangenheit bei den biopolitischen Gesetzen meistens auch Ausnahmefälle vorgesehen, die faktisch die in den Regelungen enthaltenen Verbote unwirksam machten. So ist die Abtreibung überall verboten geblieben, aber in vielen Ländern wurde unter gewissen Bedingungen die Strafe ausgesetzt. Man wollte jenen wenigen existentiellen Konflikten zwischen dem Leben der Mutter und dem Leben des Kindes, die an sich juristisch schwer lösbar sind, einen Ausweg ermöglichen. De facto hat diese Regelung jede Abtreibung bis zum dritten Monat ermöglicht, so dass langsam das Bewusstsein entstehen konnte, dass sie doch erlaubt sei. In den 90er Jahren wurde überall die In-vitro-Fertilisierung zugelassen, um es jenen wenigen unfruchtbaren Ehepaaren, die unbedingt ein eigenes Kind haben wollen, zu ermöglichen. Heute wird die Technik für jeden reproduktiven Zweck angeboten. Wer sicher sein will, ein gesundes Kind zu bekommen, soll sich eines in vitro erzeugen lassen und dazu die Präimplantationsdiagnostik (PID) anwenden. Die In-Vitro-Fertilisierung für nicht reproduktive Zwecke war nicht vorgesehen.

IVF ist derzeit jedoch schon eine Standardtechnik bei der immer stärker werdenden embryonalen Forschung geworden, vor allem im Zusammenhang mit der Stammzellenforschung und mit der therapeutischen Klonung. Bei den Euthanasieregelungen war die gleiche Entwicklung zu beobachten. Obwohl die Gesetzgebungen in Belgien und Holland nur restriktiv die Strafaussetzung vorsehen, zeigen die langjährige Erfahrung Hollands und die kurze Belgiens, dass eine beträchtliche Prozentzahl der Fälle sich über die einschränkenden Bedingungen hinwegsetzt.

Man darf sich nichts vormachen: eine Option, die das therapeutische Klonen bejaht und dabei reproduktives Klonen verbieten will, ist eine Täuschung, weil sie eine nicht zu übersehende gesellschaftliche und kulturelle Dynamik verdrängt. Das Argument der deutschen UNO-Verhandlungsführung, dass eine Festlegung auf ein totales Klonverbot zu „nicht hinnehmbaren“ Verzögerungen beim Verbot des reproduktiven Klonens führen würde, ist nur zur Hälfte wahr. Es würde vielleicht länger dauern, dafür gibt es dann keine menschliche Klonung mehr. In dem Fall wäre eine Kompromisslösung wirklich keine Lösung: die Klonung des Menschen würde unweigerlich kommen.

Es ist zu erwarten, dass die meisten Länder der Welt die Initiative der USA, Spaniens und der Philippinen unterstützen. Wir appellieren an die Vertreter Österreichs, den Vorschlag eines kompromisslosen Verbots jeglichen menschlichen Klonens zu unterstützen.

*Wien, am 23.10.2002*

Rund zwei Wochen nach unserer Erklärung sind die UNO-Verhandlungen vorerst ergebnislos zu Ende gegangen. Mehr als 30 Staaten

unterstützten den Vorschlag Spaniens, der USA und der Philippinen während Frankreich und Deutschland bei ihrem ursprünglichen Vorschlag blieben, zunächst nur das reproduktive Klonen zu verbieten und erst eventuell zu einem späteren Zeitpunkt das therapeutische Klonen zu unterbinden. In einem Jahr soll ein neuer Anlauf im UN-Legal Committee genommen werden. Es ist schade, dass hier bei einer so dringenden Angelegenheit nicht rasch gehandelt wurde. Der USA-Unterhändler soll zur Agentur Reuters gesagt haben: „Wir sind der Ansicht, dass keine Entscheidung noch besser ist als eine schlechte Entscheidung“. Das stimmt zwar, aber es ist ein schwacher Trost, denn keine Entscheidung ist in diesem Fall zu wenig.

Merkwürdig ist die Position Deutschlands in diesen Verhandlungen. Offiziell begründet die Bundesregierung die Ablehnung dieses erweiterten Entwurfes (den auch die USA unterstützen) damit, dass er nicht durchsetzbar sei. Diese Argumentation legt bei den Partnern in der EU und in den USA jedoch den Verdacht nahe, dass Deutschland aus inhaltlichen Gründen kein umfassendes Klonverbot will. Das heißt, dass man das therapeutische Klonen in Deutschland in Zukunft zulassen will.

Dazu hat der EU-Abgeordnete und Fraktionsführer der Christdemokraten in biopolitischen Fragen LIESE wörtlich gesagt: „Ich halte die Entwicklung für sehr besorgniserregend. Natürlich muss man auf internationaler Ebene immer sehen, wie weit man kommt und auch bereit sein, Kompromisse zu schließen. Ich kann jedoch überhaupt nicht nachvollziehen, warum Deutschland in einer wichtigen Frage wie der der Bioethik, bei der unser Embryonenschutzgesetz sehr klar ist, an der Seite Chinas für eine sehr liberale Regelung kämpft und den EU-Partner Spanien und die USA derart brüskiert. (...) Bisher hatte Deutschland auch international mit seinem strengen Embryonenschutzgesetz eine Vorbildfunktion. Auch bei den Verhandlungen

über das 6. Forschungsrahmenprogramm der EU hat Deutschland dazu beigetragen, dass nicht alles technisch Mögliche auch erlaubt ist. Durch das Verhalten der deutschen Delegation in New York wird diese Vorbildfunktion auf dramatische Art und Weise aufs Spiel gesetzt. Wenn dann auch noch durch die Bundesregierung der Verdacht lanciert wird, als gehe es der amerikanischen Regierung darum, jegliche Begrenzung der Forschung zu verhindern, so ist dies entweder ein Zeichen von totaler Ignoranz oder Böswilligkeit. Ich halte es für sehr wichtig, dass die Bundesregierung klarstellt, dass jegliche Form des Klonens von Menschen in Deutschland verboten ist und auch verboten bleiben soll.“ (Vgl. [www.kath.net](http://www.kath.net) am 06.11.2002).

Das Europaparlament hat am Donnerstag, den 21. November 2002 eine Resolution verabschiedet, welche ein totales Verbot des Klonens von Menschen in allen Phasen der Ausbildung und Entwicklung des Embryos begünstigt. Der Entwurf mit dem Titel: „Wissenschaften des Lebens und Biotechnologie – Eine Strategie für Europa“ wurde von der Portugiesin Elisa Maria DAMI erstellt. Mit 271 Ja-Stimmen gegen 154 Nein-Stimmen stimmten die EU-Abgeordneten für eine Ausbesserung im § 20, wo die Europakommission und die Mitgliedsstaaten aufgefordert werden, das Klonen ganz zu verbieten. Die Abgeordneten bekräftigten damit ihre bisherige Position und stellen sich in der UN-Debatte auf die Seite von Spanien, Italien und den USA. Der neue Artikel weist nachdrücklich auf die Achtung des Lebens und der Würde jedes menschlichen Wesens hin, unabhängig von seinem Entwicklungsstand und seinem Gesundheitszustand, und lehnt jede Forschung oder Nutzung von Biowissenschaften und Biotechnologie ab, die diesem grundlegenden Prinzip widerspricht (vgl. [www.zenit.org](http://www.zenit.org) am 21.11.2002).

Die Redaktion

## SCHWERPUNKT

### Ärztliche Heilkunst im Dienste der Person

*Alfred SONNENFELD*

#### Zusammenfassung

Wird bei der Sterilitätsbehandlung mittels Laborbefruchtung die Ganzheit der Person, die im Reagenzglas entsteht, geachtet? Mit der Technik der In-vitro-Fertilisation kam es zu einem Ortswechsel bei der Entstehung des Menschen, womit die Intimität durch die „black-box“ nicht mehr gewahrt ist; der intime Raum der Ehe wurde gesprengt und entpersönlicht. Gegenwärtig arbeiten Forscher an einer vollkommen künstlichen Gebärmutter, die es uns ermöglichen soll, Föten außerhalb des menschlichen Körpers im Labor unter Glas heranwachsen zu lassen. Heute wie damals vor etwa 24 Jahren, als das erste Retortenbaby das Licht der Welt erblickte, stellt man die Frage: Was für ein Kind wird aus der Flüssigkeit in einem Plastiktank hervorkommen? Besteht die Gefahr, dass diese Menschen sich emotional nicht voll entwickeln können? Einige Forscher sehen darin einen Triumph der modernen Wissenschaft, andere dagegen den Gipfel des Wahnsinns. Eine erneute Reflexion über den ärztlichen Behandlungsauftrag, dem Menschen in seiner leib-seelischen Ganzheit zu dienen, tut not.

**Schlüsselwörter:** Personale Leib-Seele-Einheit, Ehrfurcht vor der Ganzheit der Person, Laborbefruchtung, Überschreitung des Rubikon, Intimitätsverlust, besitzergreifendes Kinder-haben-wollen, Kinder als Frucht personaler Selbsthingabe und ehelicher Liebe

#### Abstract

When using artificial fertilisation in a laboratory as therapy for sterility is the integral completeness of the person conceived in a test tube taken into consideration? In-vitro-fertilisation has caused a change in place where a human being originates whereby intimacy is replaced by a "black-box" and the very intimate marriage act is omitted and the process becomes impersonal. At the present time researchers are working on a completely artificial womb which would make the growth to maturity of an embryo under glass outside of the human body possible. Today, the same as twenty-four years ago when the first tube baby was born, we must ask the question: what sort of a child will this be being born out of a plastic tank full of liquid? Is there not a danger that these children will not be able to fully develop emotionally? Many researchers see this possible development as a triumph of modern science, whereas others see it as the height of insanity. It is time for a renewal of reflection on the mandate of the medical doctor to treat human being as a body and soul union.

**Keywords:** Personal body and soul entity, respect for the integrity of the person, fertilization in the laboratory, crossing over the Rubicon, loss of intimacy, exaggerated right-to-have-children, children as the fruit of personal self-surrender and the marriage act

*Anschrift des Autors:* Dr.theol. Dr.med. Alfred SONNENFELD,  
Lehrbeauftragter für medizinische Ethik und Mitglied der Ethikkommission an der Charité, Humboldt-Universität zu Berlin  
Möckernstraße 68, D - 10965 Berlin

Es gehört zum traditionellen Behandlungsauftrag der ärztlichen Heilkunst, dem Menschen in seiner leib-seelischen Ganzheit zu dienen. Gerade weil der Arzt bei jedem Eingriff den Menschen stets in seiner umfassenden Wirklichkeit antrifft, kann er sich nicht ausschließlich auf seine medizinische Methode zurückziehen. Er muss sich auch die anthropologische Frage stellen, ob das Heilverfahren, das er anwendet, der personalen Würde des Patienten gerecht wird.

Doch was ist unter dieser „Ganzheit“ zu verstehen? Woran kann man sie festmachen? Ist sie eine Besonderheit, die sich unseren Augen entzieht? Nehmen unsere Augen nur Teile der Ganzheit wahr? Kann das menschliche Auge nur den Leib und seine Bestandteile erkennen, oder vermag es darüber hinaus etwas zu erfassen, das sich hinter der reinen Biologie verbirgt? Im alltäglichen Sprachgebrauch trennen wir nicht zwischen seelischer Wirklichkeit und Leiblichkeit des Menschen; vielmehr erfahren wir unmittelbar unsere Einheit. Wir sagen nicht: „Meine Seele oder meine Muskeln haben Angst“, sondern „Ich habe Angst“; und wir meinen mit diesem „Ich“ ganz selbstverständlich uns selbst als Menschen, die leiblich da sind und existieren. Auch die anderen Menschen erleben wir als eine solche Einheit. Wir sagen nicht: „Deine Seele denkt nach“, sondern „Du denkst nach“. Oder wir fragen: „Wie geht es Dir?“ und nicht: „Wie geht es Deiner Leber?“ Bei all diesen Fragen und Aussagen ist der andere für uns selbstverständlich eine Ganzheit, zu der seine leibliche Existenz ebenso unmittelbar gehört wie die Tatsache, dass er etwas denkt und sich etwas vorstellt.

## Subjekt in der Medizin

Die „anthropologische Medizin“, die namentlich durch Wissenschaftler wie Ludolf von KREHL, Viktor von WEIZSÄCKER und Richard SIEBECK konzipiert wurde, gründet in ihrem An-

liegen auf der Entdeckung des Subjekts, der Subjektivität und ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen, d.h. sie bemüht sich im von uns beschriebenen Sinn um den ganzen Menschen.

Im Vorwort zur 13. Auflage seiner „Pathologischen Physiologie“ sagt Ludolf von KREHL vom kranken Menschen: „Er ist nicht nur Objekt, sondern stets zugleich Subjekt.“<sup>1</sup> Seine ärztlichen Beobachtungen richten sich somit auf den Menschen als Person, nicht bloß auf einen technisch zu behandelnden „Körper“. Die unabdingbare Dimension des naturwissenschaftlichen Objektivismus wird dabei durch die Subjekt-Analyse KREHLS nicht vernachlässigt, wohl aber wesentlich ergänzt.

Einige Jahre später nimmt sich auch der Neurologe V. v. WEIZSÄCKER vor, das Subjekt in die Biologie einzuführen. Diese erklärte Absicht bekundet er im Vorwort seines „Gestaltkreises“.<sup>2</sup> Zu Beginn der 4. Auflage dieses Buches hebt er hervor, dass „die Einführung des Subjekts etwas anderes als die Einführung von psychischen Erlebnissen wie Empfindungen und Wahrnehmungen“<sup>3</sup> ist. Das Subjekt ist somit für v. WEIZSÄCKER nicht identisch mit der Psyche. Vielmehr verwirklicht es sich sowohl durch die Psyche als auch durch den Körper. Seele und Leib sind demnach zwei Konstitutivelemente der einen Person.

Leiblichkeit ist in dieser Hinsicht nicht identisch mit der objektivierbaren und ausmessbaren physiologischen Wirklichkeit. Sie ist etwas Umfassenderes, das notwendig auf das seelische Sein verweist. Wir haben nicht nur einen Leib, sondern wir sind auch unser Leib.<sup>4</sup> Menschliche Identität ist stets die des ganzen und gänzlich individuellen Organismus. Wie sonst könnte ein Mann eine Frau lieben und nicht nur ihren Leib? Wie sonst könnten wir uns vom Zauber eines Lächelns angerührt wissen? Als Menschen dürfen wir nie bei der reinen Anatomie oder der reinen Empirie stehen bleiben. Hinter einem Auge oder einem Lächeln verbirgt sich weit mehr als das bloß Augenfällige.

Andererseits ist die Seele Gestaltprinzip des Leibes. Sie ist dies nicht im Sinne des Platonismus, in dem man die These kennt, dass die Seele sich des Leibes bediene ähnlich wie der Steuermann des Schiffes. Weder der Steuermann, der das Boot steuert, noch der Gefangene, der im Kerker sitzt, taugen als Bilder für die Seele des Menschen, die mit ihrem Leib vereint ist. Sie sind viel zu stark der Ansicht verhaftet: „Die Seele, das ist der Mensch.“<sup>5</sup> Bereits im 13. Jahrhundert, der Blütezeit des mittelalterlichen Denkens, hat der Theologe und Philosoph THOMAS von Aquin ein derartiges dualistisches Menschenbild zurückgewiesen. Der Mensch, so sagt er, ist nicht „anima utens corpore“, eine Seele, die sich ihres Leibes wie eines bloßen Werkzeugs bediene.<sup>6</sup> Damit meint er, dass der Körper nicht etwas lebloses sei, das von außen her zu verlebendigen sei. Vielmehr ist die Einheit zwischen Seele und Leib eine natürliche und wesenhafte.<sup>7</sup> Die Seele ist Form ihres (und nur ihres) Leibes bis in die letzten Fasern und Regungen hinein. Das Leibliche andererseits ist so innerlich mit der geistigen Seele verbunden, dass es zu ihrer Vollkommenheit gehört. Diese Beziehung entsteht nicht etwa zwischen zwei in ihrer Wesenskonstitution schon zuvor vollendeten Seienden, vielmehr sind sie Prinzipien, die in ihrer Eigenheit erst im konkreten Ganzen des Menschen ins Dasein treten. Beide sind darum aufeinander angewiesen, nicht nur der Leib auf die Seele, sondern auch die Seele auf den Leib. Nur als Ganzer ist der Mensch Person. Weder Materialität noch Geistigkeit des Menschen, weder Körper noch Seele sind je für sich geschaffen denkbar. Der Mensch ist weder ein bloß biologischer Organismus noch lediglich Seele. Leib und Seele bilden eine substantielle Einheit: die Einheit der Person.<sup>8</sup>

Für einen Arzt geht es letztlich darum, seinen Patienten ganzheitlich als Person in den Blick zu bekommen und sein medizinisches Handeln auf die Person des Patienten und nicht nur auf seine Funktionsabläufe auszurichten.<sup>9</sup> Auch das Erfassen von Psychopathologien<sup>10</sup>,

die sich im Leib ausdrücken, kann sich lediglich auf Teilaspekte des Menschen beziehen. Erst die ontologische Frage nach dem Menschen wird dem Patienten in seiner Ganzheit gerecht. Dies wurde neben anderen von V. E. v. GEBSATTEL erkannt, der sich im Sinne des Philosophen Max SCHELER um die Rehabilitierung der Ganzheit des Personalen bemüht hat. VON GEBSATTEL sah die konkrete Gefahr der Verengung des ärztlichen Blickfeldes gegeben, sobald die Autonomie des Personalen auf die apersonalen Mechanismen des Trieb- und Affektlebens reduziert wird.<sup>11</sup> Als anthropologischer Psychotherapeut, der den Menschen nicht bloß aus der „Froschperspektive der autonomen Psychoanalyse“ sieht, empfiehlt v. Gebssattel stattdessen, „den Menschen aus der Vogelperspektive zu sehen, d.h. aus einer Schau, welche die Ebene der menschlichen Freiheit und seine personale Würde mit berücksichtigt, ja diese als Ziel der Heilung den Störungsfeldern der Tiefenmechanismen überordnet.“<sup>12</sup>

Die ärztliche Auseinandersetzung mit der Not des Mitmenschen, wie sie Sören KIERKEGAARD als das Leiden an der „Krankheit zum Tode“ beschrieben hat, führt in die Mitte der personalen Existenz. Die personale Existenz aber kann letztlich nur aus einem Du-Verhältnis zum Transzendenten in personaler Wirklichkeit entspringen. Damit stoßen wir in die Mitte von Schelers Person-Phänomenologie: „Wie aber die Einheit und Einzigkeit der Welt...im Wesen eines konkreten persönlichen Gottes“ gegründet ist, „so ist auch alle Wesensgemeinschaft von individuellen Personen (...) allein in der möglichen Gemeinschaft dieser Personen zur Person der Personen, d.h. in der Gemeinschaft mit Gott“<sup>13</sup> gegründet. Daraus schließt V. E. v. GEBSATTEL, „Personsein ist vom Mensch her gesehen ein Wagnis des Glaubens und von Gott her gesehen ein Akt der Liebe“. Dies würde auch für die Partnerschaft von Arzt und Krankem gelten.<sup>14</sup>

Kurt HÜBNER hat vorgeschlagen, als „personale Medizin“<sup>15</sup> diejenige Seite der Heilkunst zu bezeichnen, die im Gegensatz zu der rein

naturwissenschaftlichen steht. Doch handelt es sich hier keineswegs um Gegensätze, die sich ausschließen. Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen verhalten sich vielmehr zueinander in der Weise der Komplementarität. Das zeigt sich schon darin, dass sich auch die personale Medizin in Diagnose und Therapie zugleich naturwissenschaftlicher Mittel bedient, auch medikamentös, apparativ usw. vorgeht. Aber sie belässt es eben nicht dabei.

### **Konsequenzen für das ärztliche Handeln: Beispiel Reagenzbefruchtung**

Für das ärztliche Handeln hat das Gesagte gewichtige Konsequenzen. Die personale Leib-Seele-Einheit des Menschen impliziert, dass wir immer, wenn wir einen lebenden menschlichen Leib berühren, gleichzeitig einer menschlichen Person begegnen, auch wenn sie z. B. bewusstlos, gehirngeschädigt oder im Embryonalstadium<sup>16</sup> ist.

Die Frage, ob ein Arzt diese personale Dimension des Patienten bei seinen Handlungen ausklammern darf, muss aus der Sicht der „personalen Medizin“ verneint werden: Denn die ärztlichen Heilverfahren, die der Arzt anwendet, sollen dem Patienten ja als Leib-Seele-Einheit dienen. Handlungen, welche diese leib-seelische Ganzheit in Frage stellen oder sie in irgendeiner Form instrumentalisieren würden, müssten als unerlaubt gelten.

Wie aber steht es mit der Sterilitätsbehandlung mittels Laborbefruchtung? Wird bei diesem ärztlichen Eingriff die Ganzheit der Person geachtet? Wie soll man die immer häufiger vorkommenden Äußerungen von Frauen verstehen, die „die reproduktionsmedizinischen Vorgehensweisen als im höchsten Maße degradierend erleben?“<sup>17</sup>

Anlässlich der intensiven biopolitischen Debatten der Gegenwart haben verschiedene Persönlichkeiten aus Politik und Wissenschaft an das Ereignis vom 26. Juli 1978 erinnert, das mit Recht als eine Art „Überschrei-

tung des Rubikon“ angesehen werden kann.<sup>18</sup> Damals wurde das erste Retortenbaby geboren. Die Neuheit des Vorgangs bestand darin, dass der übliche Ort des Zusammentreffens von Samenzelle und Eizelle, nämlich der Eileiter, durch ein Reagenzglas ersetzt worden war. Was man scheinbar als einfachen Ortswechsel beschreiben kann, birgt in Wahrheit gefährliche Sprengkraft in sich, weil es den Lebensanfang des Menschen in etwas künstlich Machbares verwandelt.

Mit der extrakorporalen Befruchtung wird der Beginn des Lebens aus seinen natürlichen Zusammenhängen von liebender Vereinigung und Fortpflanzung gelöst und ins Labor verlegt. Damit widerspricht die künstliche Befruchtung der Natur des ehelichen Aktes, der personal, das heißt, ein Akt menschlicher Liebe ist. Es wäre falsch, wenn wir die menschliche Sexualität mit der Atmungs- oder Verdauungsfunktion gleichstellen wollten. Denn bei diesen Vorgängen handelt es sich nicht um personale Güter, sondern lediglich um physiologische Prozesse, die nur indirekt Träger personaler Güter sind. Sie unterliegen auch nicht unmittelbar der Herrschaft des menschlichen Willens. Sie können nicht unmittelbar durch Tugenden vervollkommenet oder durch Laster verwundet werden.

Dagegen weist der sexuelle Akt des Menschen weit über den physiologischen Kontext hinaus. Er bildet die unmittelbare anthropologische Grundlage fundamentaler menschlicher Güter. Der eheliche Akt ist der vollendete personale Akt einer Liebe, die von ihrem Ursprung her auf eine willentliche und verantwortliche Weitergabe des Lebens zielt.<sup>19</sup>

Durch die natürliche Zusammengehörigkeit von liebender Vereinigung und Fortpflanzung wird die Größe und Würde der ehelichen Vereinigung von Mann und Frau gewahrt. In ihrer personalen Dimension ist sie ein Akt freier, willentlicher, liebender Hingabe zweier Personen im Dienst an der Weitergabe menschlichen Lebens. Dieser Akt ist durch die künstliche Befruchtung empfindlich gestört, weil das

Band zwischen Vereinigung, Fortpflanzung und personaler Liebe zerschnitten wird. Durch die künstliche Befruchtung ist die Technik in den bis dahin unverletzbar intimen Raum der Ehe eingedrungen und hat ihn entpersönlicht.

Dass ihre Liebe zwei Eheleute dazu bewegen mag, nach einer Befruchtung im Reagenzglas zu suchen, wird damit nicht in Frage gestellt. Das Problem ist jedoch ein anderes: Die extrakorporale Befruchtung, die die eheliche Liebe verkörpern und ihr sichtbaren Ausdruck geben soll, insofern sie Quelle des Lebens sein will, ist objektiv kein Vollzug ihrer persönlichen Liebe, sondern eine technische Handlung, die ein Ärzteteam vornimmt, also kein direkter Akt ihres Zeugungswillens. Anders gewendet: Weil der eheliche Akt in seiner sexuellen und prokreativen Dimension durch den technischen Akt der künstlichen Befruchtung ersetzt wird, der nicht mehr unmittelbar Träger personaler Güter ist, wird er auf eine biologistische Funktion reduziert. Die „Herstellung“ eines Kindes im Labor ist von der intimen, persönlichen Dimension des ehelichen Zusammenkommens entkoppelt, und damit wird der Zeugungsakt seiner personalen Würde beraubt. Dies kann leicht zum Intimitätsverlust in der ehelichen Beziehung führen.

### **Gesunder Kinderwunsch versus besitzergreifendes „Haben-wollen“ eines Kindes**

Doch nicht nur aus der Sicht des Zeugungsaktes selbst kann der Kinderwunsch eines Elternpaares noch nicht ein Beweggrund sein, der zur Vornahme der künstlichen Befruchtung berechtigt. Denn was bedeutet es eigentlich, „Kinder haben zu wollen“? Fortpflanzungsmediziner, die einem Ehepaar mittels Laborbefruchtung helfen wollen, legitimieren diesen Eingriff mit der inzwischen standardisierten Antwort, es gehe um die Heilung einer „Kinderwunschkrankheit“. Sind Frauen und Männer, die den legitimen Wunsch nach

einem Kind verspüren, im üblichen Sinne des Wortes Patienten? Behandelt der Arzt eine Krankheit, oder erfüllt er einen Wunsch? Wenn der Arzt den Laserstrahl bei blockierten Eileitern benutzt, so behandelt er zweifellos einen krankhaften Zustand mit dem Ziel, dessen normale Funktion wiederherzustellen. Wenn er jedoch bei der gleichen Frau eine extrakorporale Befruchtung vornimmt, stellt er, auch wenn er erfolgreich ist, den Gesundheitszustand nicht wieder her. In diesem Falle behandelt der Arzt nicht die Ursache ihres Problems, die blockierten Leiter, sondern die Wirkung: ihre Kinderlosigkeit. Mehr noch, er benutzt ein Kind als Mittel, um den Wunsch eines Menschen zu befriedigen.

Problematisch wird diese natürliche Kinderwunschsituation, wenn sie zu einer „forcierteren Fruchtbarmachung“ wird. Wie die eindrucksvollen Berichte von betroffenen Frauen zeigen<sup>20</sup>, gerät die Argumentation der Reproduktionsmediziner leicht in eine Schiefelage. Wenn Sätze zu hören sind wie: „Leben geben und zeugen ist nach allen religiösen und säkularen Positionen ein hohes Privileg und eine in moralischer Verantwortung wahrzunehmende Pflicht“<sup>21</sup>, dann wird die Gefahr erkennbar, dass unter dem Motto „Reproduktion ist Pflicht“ Druck ausgeübt wird. Auf jeden Fall wird in diesem gesamten Kontext der Kinderwunsch als besitzergreifende Geste gedeutet und fällt ganz in die von Erich Fromm definierte anthropologische Kategorie des „Habens“. Das Kind wird zum Objekt, das die Wunsch-Vorstellungen der Eltern erfüllen soll. Nicht das Kind als selbst eigenes Wesen mit einer eigenen zukünftigen Biographie ist Gegenstand des Kinderwunsches, vielmehr wird es zum Mittel der Durchsetzung fremder Absichten und Zwecke. Das Produkt des positiven Wunsches ist das „gemachte“, das des negativen das „weggemachte“ Kind. Damit sind die Maßstäbe verkehrt. Denn Kinderlosigkeit ist kein gebrochenes Bein, das man schienen könnte, und Abtreibung nicht die Entfernung eines entzündeten Blinddarms.

Was aber geschieht, wenn Frauen sich in die Falle des „Kinder-haben-Wollens“ hineinmanövrieren haben, die In-vitro-Fertilisation aber nicht funktioniert? Der Arzt Peter PETERSEN hat viele Jahre an der Frauenklinik in Hannover als Psychotherapeut gearbeitet und war ständig mit Frauen und ihren Partnern konfrontiert, die sich sehnlichst ein Kind wünschten und keines bekommen konnten. Wenn bei diesen Frauen die In-vitro-Fertilisation fehlschlug, reagierten sie mit seelischen Zusammenbrüchen, depressiven Reaktionen und psychosomatischen Beschwerden. Angst, Erfolgsdruck und Scham begleiteten die oft Wochen und Monate andauernde Behandlungsprozedur. Das Fazit PETERSENS lautet: „Der Mythos der Machbarkeit fordert seinen seelischen und psychosomatischen Preis. Diese biopsychosoziale Technologie bringt die Frau auf den Weg zur Fruchtbarkeitsmaschine und denaturiert den Mann zum reinen Samenzuträger – so wie diese Fruchtbarkeitstechnik ihr anthropologisches Modell auf die Idee des L'homme machine gründet, der Idee des hochkomplizierten psychosozialen Maschinenmenschen mit neuerdings psychosozialen Zusatz.“<sup>22</sup>

Nicht zuletzt sollten Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, gründlich über weitere Risiken aufgeklärt werden. Die Philosophin Magda TELUS, die auf ihre eigene Erfahrung zurückgreifen kann, listet folgende mögliche Nebenwirkungen auf: Ovarielles Überstimulationssyndrom durch die mehrfach erfolgenden Östrogen-Spritzen; Verletzungen und Entzündungen durch die Follikelpunktion; die Gefahr karzinogener Wirkungen der stimulierenden Substanzen; eine erhöhte Rate an Extrauteringraviditäten und Mehrlingsschwangerschaften sowie eine erhöhte Abortrate. Es kann auch zu einer Erkrankung der Brustdrüsen und zu Thrombosen kommen.<sup>23</sup>

## Rechte der ungeborenen Kinder

Alle bisherigen Überlegungen zur Bedeutung der leib-seelischen Ganzheit des Men-

schens und zu einem daraus folgenden, ethisch verantworteten Umgang mit dem Zeugungsakt finden ihr Richtmaß an Wesen und Würde der menschlichen Person. Diese personale Würde dürfen wir nicht vergessen, wenn wir über das ungeborene Kind und seine Rechte nachdenken. Ein Kind ist ein Mensch, und kein Mensch hat ein Recht auf einen anderen Menschen. Kinder sind weder Objekte, Eigentum noch Fortführung ihrer Eltern. Sie sind Gaben, die empfangen werden als unmittelbare Folge der intimen Hingabe von Mann und Frau. Sie sind Personen, und deswegen haben sie Rechte, die niemand verletzen darf. Dazu gehört das Recht, nicht in flüssigem Stickstoff tiefgefroren zu werden und nicht als Experimentierobjekt vernichtet zu werden, ebenso wie das Recht, ins Leben gerufen zu werden als Frucht personaler Selbsthingabe und ehelicher Liebe.

Mit jedem Kind kommt etwas einmalig, unverwechselbar und unwiederholbar Neues in die Welt, das kraft seiner Selbstgegebenheit und Ursprünglichkeit bei aller Prägung durch natürliche und geschichtliche Vorgegebenheiten diese dennoch transzendiert. Die menschliche Zeugung ist mehr als ein rein physiologisches Geschehen. Jedes Kind ist mehr als das Produkt eines neu entstandenen Genoms: jedes Menschen-Entstehen ist Schöpfung. Deshalb sagen ja auch Eltern zu Recht, ihr Kind sei ihnen geschenkt worden und dies trotz der Tatsache, dass das Kind nicht gekommen wäre, hätten sie es nicht gewollt. Aber ihr Kind wurde von ihnen nicht hergestellt. Die ontologische Abhängigkeit des Kindes von der elterlichen Zeugung begründet kein Besitzverhältnis.

Wer sich weigert mit seinem Denken über das Labor hinauszugehen, wird irgendwann, wie es GOETHE vorausgesagt hat, an der Wirklichkeit zerschellen. Der Gebrauch der Natur wird zu ihrem Verbrauch. Die Vorstellung, dass erst die Reproduktionsmedizin die Einrenkung der unvernünftigen Wirklichkeit herbeiführe, hat sich als abenteuerlicher Mythos entlarvt.

Es hat sich immer wieder gezeigt, dass die innere Vernunft der Schöpfung größer ist als die Vernunft des machenden Menschen, den es noch dazu als reine Vernunft gar nicht gibt, sondern nur als Interessengruppe mit der ganzen Kurzsichtigkeit vorweggenommener, eigenmächtig festgelegter Zwecke, die die Zeche von heute mit dem Leben von morgen bezahlt.<sup>24</sup>

In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass ein Embryo aufgrund seiner Entstehungsform „in vitro“ ohne den Schutz der so genannten „blackbox“ der Gebärmutter wie eine verfügbare Datenbank in den Händen der Wissenschaftler liegt. Im Prinzip ist er damit offen für jede Manipulation und sieht sich dem Druck der Erwartung ausgesetzt, dass seine Entwicklung als Folge des geschickten Wirkens der Ärzte auch tatsächlich gelingt.

Wenn der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft einerseits behauptet, dass der Dammbbruch in der Frage des Lebensschutzes bereits mit der Einführung der künstlichen Befruchtung eingetreten sei, was ihn zu einem früheren Zeitpunkt dazu bewogen habe, sich für das strenge Embryonenschutzgesetz stark zu machen, andererseits aber dafür plädiert, an übrig gebliebenen Embryonen zu forschen, weil es keine Mutter für sie gibt, so muss hier darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein Kompromiss mit Scheinschlüssen gesucht wird.

So plausibel die Argumentation auf den ersten Blick scheinen mag, sie erweist sich bei näherer Überlegung doch als nicht überzeugend. Denn die Embryonen sind nicht naturnotwendig übrig geblieben, sie werden vielmehr von Reproduktionsmedizinern in diese Risikosituation gebracht. Das so entstandene Problem ist hausgemacht; der Handelnde ist dafür verantwortlich. Wenn der Arzt mehrere Embryonen in die Welt setzt, dann muss er die Folgen voraussehen. Der gute Arzt dagegen verzichtet von Anfang an auf Handlungen, von denen er weiß, dass er damit Embryonen in akute Lebensgefahr bringt. Der alte ärztliche Grundsatz „nil nocere“ (nicht scha-

den) bekommt ein neues Gewicht. Als Ärzte müssen wir aus eigenem Wissen und Gewissen entscheiden, wie wir unseren uns anvertrauten Patienten am besten raten und helfen können. Der Arzt kann aber nicht behaupten, er habe nicht die Absicht gehabt, überzählige Embryonen zu erzeugen, wenn er eine Technik anwendet, bei der die Erzeugung von Mehrlingen planvoll geschieht. Wenn aber ein Embryo übrig bleibt, dann hat der Arzt aufgrund seiner maßgebenden Mitwirkung eine Garantenstellung<sup>25</sup> eingenommen, die ihn dazu verpflichtet, Möglichkeiten zu suchen, das Leben des Embryos zu erhalten – etwa in Form einer pränatalen Adoption durch eine andere Frau, die sich ein Kind wünscht. Solange sich aber keine Abnehmerin für den Embryo findet, bleibt nur noch der Ausweg der Kryokonservierung.

Das Einfrieren von Embryonen stellt aber keine Lösung des Problems dar, es wird allenfalls verschoben. Darum sollte die Kryokonservierung von Embryonen nur als „ultima ratio“ in Kauf genommen werden, denn durch diese Technik wird das Lebensrecht eines Menschen verletzt, weil das Recht auf lebendige Entwicklung zunächst einmal vereitelt wird.

## Ausblick

Das Recht auf Leben, die Rechte der Ehe und der Familie stellen grundlegende moralische Werte dar, weil sie den Menschen in seiner leib-seelischen Ganzheit betreffen. Die Humanisierung der Medizin, die heute von allen so nachdrücklich gewünscht wird, verlangt die Ehrfurcht vor der Ganzheit der Person. Die Reflexion über das, was der Mensch seinem ganzen komplexen Wesen nach ist, wird somit zu einem dringlichen Anliegen der Gegenwart. Erst dann werden wir in der Lage sein, angemessene ethische Richtlinien für den Umgang mit menschlichem Leben zu formulieren. Erst der Blick auf die ganze Realität der medizinischen Forschung und zugleich auf die

unverkürzte ontologische und axiologische Dimension des betrachteten Gegenstandes führt uns zu richtigen Urteilen.

#### Referenzen

1. KREHL, L. v., *Pathologische Physiologie*, 13. Auflage, Leipzig (1930), S. VIII
2. WEIZSÄCKER, V. v., *Der Gestaltkreis*, Stuttgart (1940), S. V
3. WEIZSÄCKER, V. v., *Der Gestaltkreis*, 4. Auflage, Stuttgart (1950), S. IX
4. Vgl. USLAR, D. v., *Das Leib-Seele-Problem*. In: BÜHLER, K.-E., WEIß, H. (Hrsg.), *Kommunikation und Perspektivität. Beiträge zur Anthropologie aus Medizin und Geisteswissenschaften*, Würzburg (1985), S. 21-25. Siehe dazu auch: HABERMAS, J., *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt am Main (2001), S. 89: „Ihren Körper „hat“ oder „besitzt“ eine Person nur, indem sie dieser Körper als Leib – im Vollzug ihres Lebens – „ist“.
5. PLATON, *Alkibiades* 129 e11; 130 c5
6. THOMAS VON AQUIN, *Summa theologiae I*, q.75 a.4
7. THOMAS VON AQUIN, *Summa contra gentiles*, IV, c 79: „Anima naturaliter corpori unitor: Est enim secundum suam essentialiter in corpore forma. Est igitur contra naturam animae absque corpore esse“.
8. Das Vorhandensein des Leibes ist somit nichts Zusätzliches zur Seele, sondern gehört zu den Konstitutiva ihres Vollzuges. Die Seele formt den Leib von Anfang an. Vgl. BECK, M., *Hippokrates am Scheideweg*, Paderborn (2001), S. 63-74
9. Vgl. SONNENFELD, A., *Ärztliches Berufsethos oder nur berufliche Korrektheit? Bedarf an ethischer Reflexion in der Medizin in Deutschland*. In: Berliner Ärzteblatt, Heft 9 (September 2000), S. 355-358
10. Vgl. SCHNEIDER, K., *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart & New York (1992), S. 9-19
11. Vgl. GEBSATTEL, V. E. v., *Imago Hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie*. In: REVERS, W.J. (Hrsg.), *Neues Forum. Das Bild des Menschen in der Wissenschaft*, Band I, Salzburg (1968), S. 86
12. ebd. S. 88
13. SCHELER, M., *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*; II Bern (1954), S. 407. Siehe dazu die fundierte Begründung bei TELLENBACH, H., *Subjekt und Person in der Medizin*. In: Neue Hefte für Philosophie, 27/28 (1988), S. 135-165
14. Vgl. GEBSATTEL, V. E. v., a.a.O. S. 73
15. Vgl. HÜBNER, K., *Arzt und Patient als Schicksalsgemeinschaft*. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 3 (Juni 1989), S. 19-24
16. Vgl. SONNENFELD, A., *Stammzellforschung. Das Argument des Sokrates oder: Die Frage nach dem therapeutischen Gebrauch menschlicher embryonaler Stammzellen*. In: Deutsches Ärzteblatt, 99, Heft 5 (1. Februar 2002), S. A 271-272
17. TELUS, M., *Reproduktionsmedizin. Zwischen Trauma und Tabu. Die körperlichen und psychischen Gefahren der Reproduktionsmedizin für Frauen werden im öffentlichen Diskurs kaum beachtet. Das Wohlergehen der behandelten Frauen wird anderen Interessen untergeordnet*. In: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98, Heft 51-52 (24 Dezember 2001), S. A 3430-3435
18. Vgl. HILLGRUBER, Ch., *Die verfassungsrechtliche Problematik der In-vitro-Fertilisation*. In: Zeitschrift für Lebensrecht, hrsg. von der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. 1/2002 S. 2: „Mit der In-vitro-Fertilisation ist die menschliche Fortpflanzung aus der verborgenen Intimität eines Elternpaares heraus in die technische Welt eines Labors implantiert worden. Der Gesetzgeber hat diesen ungeheuerlichen Tabubruch legalisiert, zweifellos in der ehrenwerten Absicht, das Neue und Unerhörte zu humanisieren. Doch kann dies gelingen?“
19. Vgl. RHONHEIMER, M., *Sexualität und Verantwortung*. In: IMA-BE - Studie Nr. 3, Wien (1995), S. 54-60
20. TELUS, M., a.a.O. und ZUBER-JERGER, I., *Zu hohe Risikobereitschaft*. In Deutsches Ärzteblatt; 99 Heft 10 (8. März 2002), S. A 617-619
21. TELUS, M., a.a.O. S. A 3432
22. Vgl. PETERSEN, P., *Manipulierte Fruchtbarkeit. Problematik der Retortenbefruchtung (In-vitro-Fertilisation) aus der Sicht eines Psychosomatikers*. In: Fertilität 3 (1987), S. 99-109
23. Vgl. TELUS, M., a.a.O. S. A 3432
24. Vgl. RATZINGER, J., *Der Mensch zwischen Reproduktion und Schöpfung*. In: Internationale katholische Zeitschrift, 1/89, S. 61-71
25. Vgl. SCHLAC, M., *Verfassungsrechtliche Aspekte der künstlichen Fortpflanzung. Insbesondere das Lebensrecht des in vitro gezeugten Embryos*. In: ERMACORA, F. (Hrsg.), *Studienreihe zum öffentlichen Recht und zu den politischen Wissenschaften*, Bd. 6, Wien (1991), S. 142-145

## Zur Frage der moralischen Legitimität der IVF\*

Walter M<sub>IXA</sub>

### Zusammenfassung

Die katholische Kirche hält die Praxis der IVF für in sich unververtretbar. Der Artikel versucht diese Position auf der Basis der Instruktion „Donum Vitae“ von 1987 argumentativ zu plausibilisieren. Er interpretiert die IVF dabei als technische Form sozialen Handelns. Als solche zielt sie auf Effizienzmaximierung, was hier nichts anderes heißt als die Geburt einer möglichst hohen Anzahl gesunder Kinder. Dieses Effizienzmaximierungskriterium führt aber aus sich tendenziell zu einer Praxis der Selektion, die die Qualität des „Produkts“ Kind sicherstellen soll. Schon dies macht sie moralisch fragwürdig. In einem zweiten Schritt sucht der Artikel den Zusammenhang der kirchlichen Lehraussagen kurz auszuleuchten. Schließlich arbeitet er die Unangemessenheit der IVF zur Weitergabe menschlichen Lebens als technisches, objektivierendes Herrschaftswissen und entsprechendes Handeln auf der Basis der aristotelischen Unterscheidung von Poiesis und Praxis heraus. Der Embryo ist – mit KANT – mit Freiheit begabtes Würdewesen, so niemals Gemächsel der Eltern. Nur das intime, kommunikative und zugleich selbstvergessene Ausdruckshandeln der leiblichen Vereinigung in der Ehe ist deshalb der angemessene Ort der Zeugung menschlich-personalen Lebens.

**Schlüsselwörter:** IVF, instrumentelle Vernunft, Poiesis und Praxis, Aufklärung, Technik, Menschenwürde, Reproduktionsmedizin, Status des Embryos, Selektion, PID, Embryonenforschung

### Abstract

The Catholic Church teaches that the use of IVF is intrinsically wrong. Using the Church's instruction „Donum Vitae“ issued in 1987, this article tries to make this opinion plausible. It interprets IVF as a technical form of social action. Its aim is maximization and efficiency as such, in other words the birth of as many healthy children as possible. The criterion of efficiency and maximization leads to a trend of practicing pre-selection so that the quality of the „product“ Child is insured. This fact alone makes the process morally doubtful. The second part of the article tries to enlighten the connection with the teaching in the Church's instruction. In the latter part it shows the unacceptability of IVF as a method of human reproduction as a technical objectifying form of despotism and acting on the basis of ARISTOTLE'S differentiation between poiesis and praxis. The embryo is, according to KANT, a being of dignity endowed with freedom and therefore never only a „by-product“ of its parents. Therefore only the intimate communicative, at the same time self-forgetting, expressive act of conjugal union in marriage can be considered as the proper place for begetting human-personal life.

**Keywords:** IVF, instrumental reasoning, poiesis and praxis, enlightenment, technique, human dignity, reproductive medicine, embryonic status, selection, PID, embryonic research

\* Der Beitrag wurde in seiner ursprünglichen Fassung als Vortrag bei der Tagung „Sozialethische und verfassungsrechtliche Grenzen der Fortpflanzungsmedizin“ in Osnabrück am 13. Dezember 2001 gehalten.

*Anschrift des Autors:* S.E. Bischof Walter M<sub>IXA</sub>  
Leonrodplatz 4, D - 85072 Eichstätt

Die katholische Kirche sieht in der IVF kein moralisch legitimes Mittel zur Behebung von Sterilität. Dies aber gilt auch dann, wenn dieses Verfahren innerhalb der Ehe und zwar bei richtiger Motivation der Eheleute zur Anwendung gelangt, auch dann, wenn seine Technik so weit optimiert ist, dass wir auf das Niveau der natürlichen Schwangerschafts- und Abgangsrates ohne darüber hinausgehende Verluste an Embryonen gelangen und schließlich selbst dann, wenn unter normalen Umständen keine sog. „überzähligen Embryonen“ entstehen. Die Kirche ist der Überzeugung, dass die reproduktionsmedizinische Technik der IVF bereits in sich moralischen Maßstäben nicht genügt und zwar unabhängig von Motivation und Folgen, so sehr auch diese zu bedenken sind und auch hier schwerwiegende Probleme sichtbar werden. Aber selbst wenn sich diese alle als auflösbar erweisen, besteht die Kirche auf ihrem Nein.

Diese Position ist angesichts der heutigen Selbstverständlichkeit der fertilisationsmedizinischen Praxis der IVF – weltweit und nach über zwei Jahrzehnten – alles andere als selbstverständlich. Diese, inzwischen mehrfach wiederholten Aussagen des kirchlichen Lehramts, sind für diejenigen, die in der Reproduktionsmedizin arbeiten, schwerverdaulich und stellen sogar eine massive Provokation dar. Dabei sollte aber beachtet werden, dass es der Kirche immer um eine umfassende Sichtweise geht, die sich nicht auf die isolierte Betrachtung einer reproduktionsmedizinischen Technik und die ebenfalls isolierte Betrachtung eines in sich ohne Zweifel legitimen therapeutischen Ziels, nämlich der Beseitigung von ehelicher Unfruchtbarkeit, beschränkt. Sie bezieht vielmehr den anthropologischen Horizont mit ein.

Es lohnt sich so möglicherweise doch, den Gründen einer Institution nachzugehen, deren ethische Reflexion seit 2000 Jahren andauert, die das Erbe der alteuropäischen *ratio practica* in sich aufgenommen und in die Reflexion über jene Glaubenserfahrung eingebracht

hat, die aus dem Zusammenhang der jüdisch-christlichen Offenbarung kommt. In dieser Verbindung hat sie den ebenso einladenden wie fordernden sittlichen Anspruch der Offenbarung durchgehalten und zugleich den legitimen Anspruch auf ethische Rationalität, auf die Vernünftigkeit ihrer sittlichen Forderungen, ihre Einsichtigkeit und Begründbarkeit.

Sie bringt zudem eine Erfahrung ein, der – im Guten wie im Bösen – nichts Menschliches fremd ist. Was das Böse angeht, ist sie – sofern selber verwickelt – im letzten übrigens auch immer selbst ihre schärfste Kritikerin, wie gerade JOHANNES PAUL II. eindrucksvoll unter Beweis gestellt hat. Könnte es denn immerhin nicht möglich sein, dass gerade auch dann, wenn die Kirche meint, den Tendenzen des Zeitgeistes widersprechen zu müssen, das Humanum bei ihr eingeborgen ist? Oder anders gewendet: aus ihrer querständigen Moralverkündigung die Stimme eben dieses Humanums sich zu Wort meldet? Diese Möglichkeit sollte jedenfalls nicht vorschnell ausgeschlossen werden.

Mitunter scheint es, dass die Kirche eine der wenigen Größen in der bioethischen Diskussion ist, die noch die Bereitschaft hat, einen Mindestanspruch auf argumentative Konsistenz und Konsequenz, also schlicht auf ein Mindestmaß an Erfüllung der Kriterien einer rationalen Diskussion, überhaupt aufrechtzuerhalten. Manchem Beiträger schien eine widerspruchsfreie und konsequente Position in bioethischen Fragen bereits ein Anzeichen von Fundamentalismus zu sein. Wer aber so redet, der verabschiedet sich vom harten Kern der europäischen Aufklärung und ihrer in diesem Kern vornehmlich ethisch-praktischen Forderung nach Vernunft. Die Alternative zu diesem Postulat praktischer Vernunft lautet dann aber – Absolutsetzung einer nur mehr ausschließlich „instrumentellen Vernunft“, wie Max HORKHEIMER sie genannt hat; eines technischen Verfügungs- und Herrschaftswissens, das seine humanen Grenzen, Gründe und Ziele nicht mehr kennt; Absolutsetzung einer Teilvernunft, die

in dieser Absolutsetzung selbst radikal unvernünftig wird und in Inhumanität umschlägt: „Aufgeklärter Obskurantismus“ also. Wiederum Max HORKHEIMER, diesmal zusammen mit seinem Weggenossen Theodor W. ADORNO, hat das die „Dialektik der Aufklärung“ genannt, einer bestimmten Aufklärung allerdings nur, die sich selbst hinsichtlich ihres eigentlichen Kerns missversteht. In seiner Friedenspreisrede hat Jürgen HABERMAS diese Alternative von „zweierlei Aufklärung“ noch einmal eindrucksvoll verdeutlicht: einer sich in praktischen Anerkennungsverhältnissen, im Ethos von Menschenwürde und Menschenrechten ausmündenden und durchhaltenden Aufklärung nämlich und einer in Inhumanität umschlagenden und darin sich selber aufhebenden, obskurantistisch werdenden Aufklärung, die aus der Absolutsetzung der technisch-instrumentellen Vernunft entsteht und mit der Selbstabschaffung des Menschen als sein eigener Anthropomorphismus endet. Und nicht umsonst hat er auf die unverzichtbare gesellschaftliche Bedeutung der Religion verwiesen, um die erste, die praktische Form der Aufklärung angesichts der bioethischen Herausforderungen durchhalten zu können. Wiederum nicht umsonst hat er, der sich selbst als „religiös unmusikalisch“ bezeichnet, in diesem Zusammenhang eine knappe Auslegung des Schöpfungsberichtes von Genesis 1 gegeben, die das humane Kapital des Schöpfungsglaubens auf eine Weise transparent machte, die auf jeden Fall mehr zur Seite des „absoluten Gehörs“ tendierte, als zur Seite der Unmusikalität in religiösen Dingen. Ja, in der Knappheit und Sicherheit der Striche gehört sie mit zum Besten, was in letzter Zeit dazu geschrieben wurde. HABERMAS ging es dabei um ein Schöpfungsverhältnis, das den Menschen in seine Freiheit ruft und entlässt, so aber gerade die fundamentale Pflicht zur unbedingten Anerkennung des anderen als ein ebenfalls durch Freiheit bestimmtes Wesen auf der Basis fundamentaler Gleichheit begründet.

Die Frage der Hierarchie – nicht der Alternative – zwischen einem technisch-instrumen-

tellem Verfügungs- und Herrschaftswissen und dem entsprechenden herstellenden Handeln einerseits und einer sittlich-personalen Praxis andererseits ist die argumentative Basis des katholischen Lehramts für die grundsätzliche Kritik an der IVF. Damit verbindet die Kirche ganz eng die Frage nach der Pflicht der gegenseitigen Anerkennung der Menschen auf der Basis fundamentaler Gleichheit als Wesen, die Würde haben und deshalb zur Freiheit bestimmt sind. Denn es sind explizit und genau diese beiden Punkte, die die Instruktion der Glaubenskongregation über „Die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens“ von 1987 mit dem programmatischen Titel „Donum vitae“ bei der IVF verletzt sieht und mit denen sie zugleich die traditionelle Lehre von den Zwecken der Ehe und der Einheit des ehelichen Aktes in seinem doppelten Sinngehalt interpretiert. Den Hintergrund bildet dabei eine Anthropologie der Leiblichkeit, die das Medium eines quasi-sprachlichen Ausdruckshandelns bildet.

Dies alles soll im folgenden genauer entfaltet werden. In drei Schritten soll – quasi induktiv – zunächst die „professionelle“ Logik der IVF und zwar jenseits ihrer rechtlichen Einhegung in Deutschland skizziert werden. Im zweiten Schritt wird entlang der sehr knappen, aber genauen und übersichtlichen Darlegung des „Katechismus der katholischen Kirche“ die schon angedeutete kirchliche Lehre zum Thema Fruchtbarkeit, Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin in Erinnerung gerufen. Schließlich soll versucht werden, auf dem Hintergrund der schon erwähnten Instruktion „Donum Vitae“ von 1987, die Position der Kirche zur IVF auf ihren argumentativen Logos hin zu verdeutlichen.

## I. Die „professionelle“ Logik der IVF: Der Zwang zur Selektion

Angesichts der aktuellen Debatte über Stammzellenforschung und PID ist die Debatte über das Thema der IVF ebenfalls wieder ak-

tuell geworden. Damit wird der innere Zusammenhang zwischen Stammzellenforschung, PID und IVF klar. Wäre die IVF als solche nur die moralisch indifferente Basis für PID und Stammzellenforschung, gäbe es kaum eine Diskussion. Die These des inneren Zusammenhangs hat bereits Ernst-Ludwig WINNACKER, der Präsident der DFG vertreten, der in Anknüpfung an die Rubicon-Metapher von Bundespräsident Johannes Rau die Behauptung aufgestellt hat, dieser Rubicon sei bereits mit der ersten erfolgreichen IVF 1978 überschritten worden. In der Tat hat WINNACKER mit dieser Analyse wenigstens teilweise recht. Nicht recht hat er allerdings mit seiner weitergehenden These, dass dies die Unvermeidlichkeit und gleichzeitige Legitimität mit sich bringe, jenseits des Rubicon munter weiterzuschreiten.

Ganz im Gegenteil, wären Stammzellforschung und PID einfach Missbräuche einer sittlich legitimen IVF: Warum sollte der Weg vom *usus* zum *abusus* legitim, gar logisch zwingend sein? Und umgekehrt: Wenn die IVF selbst ethisch problematisch wäre: Warum sollte aus dem Vollzug eines Unrechts, die Legitimität eines noch größeren abzuleiten sein? Um einen krassen, aber strukturell sicher korrekten Vergleich anzuwenden: War der Holocaust legitim, weil die Nürnberger Rassengesetze illegitimer Weise bestanden?

Was aber hat WINNACKER mit seiner These von der Rubicon-Überschreitung durch die erste erfolgreiche IVF nun richtig gesehen? Was er in der Tat aufdeckt, ist nichts anderes als ihre „professionelle“ Logik, ihr Entwicklungsgefälle als reproduktionsmedizinische Technik, wenn man diese Logik denn nur freilässt aus ihrer faktischen rechtlichen Einhegung. Denn das hat in Deutschland möglicherweise sehr lange den Blick auf diese professionelle Logik der IVF versperrt: Dass gerade die rechtliche Einhegung der IVF besonders restriktiv ist – und es hoffentlich auch noch lange bleibt. Erst die Tatsache, dass einer der führenden Reproduktionsmediziner Deutschlands, Klaus DIEDRICH aus Lübeck, den ersten

Antrag auf Erlaubnis zur Durchführung einer PID stellte, hat diesen Zusammenhang wieder verstärkt sichtbar gemacht. Denn Klaus DIEDRICH hat mit seinem Antrag nichts weiter getan, als der Handlungslogik zu folgen, die der IVF immanent ist. Eine Handlungslogik, die als selektive Praxis aus sich heraus weit über die kleine Patientengruppe hinausführt, die bei der PID zunächst angezielt ist.

Von fundamentaler Bedeutung ist es nämlich, die reproduktionsmedizinische Technik der IVF nicht isoliert zu betrachten, sondern sie als Form sozialen Handelns, also eines Handelns im Kontext von Gesellschaft, zu begreifen. Das aber heißt, sie primär und ganz schlicht als technisches Handeln zu verstehen, ein technisches Handeln allerdings bei dem es um die Weitergabe menschlichen Lebens geht, um etwas also, was einerseits die intime Mitte menschlichen Existierens betrifft, andererseits dieses Leben selbst, insofern es die Basis alles menschlichen Existierens bildet. Die Eingriffstiefe ist dabei – wie bei allen biomedizinischen Techniken – *eo ipso* und nicht etwa erst im Falle des Versagens enorm gesteigert. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der an sich mitreflektiert werden müsste, ist die Tatsache, dass dieses aus seiner rechtlichen Einbindung freigelassene technische Handeln zugleich in einer Marktsituation steht oder eine solche erst schafft. Dies kann aber hier nicht geschehen. Technisches Handeln indes, als soziales Handeln begriffen, steht immer schon – unter den Bedingungen der Moderne jedoch verschärft – unter der Forderung der Maximierung der Effizienz. Effizienz heißt aber im Fall der IVF nichts anderes als die Herbeiführung möglichst vieler Schwangerschaften, letztlich von Geburten gesunder Kinder.

Letzterer Aspekt – die Geburt gesunder Kinder als Effizienzkriterium – zeigt, dass Effizienz hier auch die Qualität mit einschließt und zwar als Qualität des „Produkts“, nicht nur des Verfahrens. Dies alles ergibt sich unmittelbar und zwingend, wenn IVF, als soziales Handeln verstanden, überhaupt einen Sinn haben

soll. Wie kann es dann aber anders sein, als dass die Forderung nach Steigerung der Effizienz durch Weiterentwicklung der Technik, wie sie wiederum jedem technischen Verfahren immanent ist, eine Entwicklung freisetzt, die zu einer möglichst frühzeitigen Kontrolle des größten „Risikofaktors“ des Verfahrens führt, des Embryos nämlich, von dessen „Qualität“ es entscheidend abhängt, ob das ganze Unternehmen vom Erfolg gekrönt wird. Stehen die diagnostischen Verfahren bereit, kommt es gemäß der Logik der IVF als eines technischen Verfahrens und sozialen Handelns zwingend zur „Qualitätskontrolle“ des Embryos zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Mit anderen Worten: Die immanente Logik der Verbesserung der Technik der IVF im Hinblick auf ihre Effizienz führt zwangsläufig zur Praxis der eugenischen Selektion.

Die Entwicklungstendenzen in diese Richtung sind in anderen Ländern längst sichtbar. Auch die Tatsache, dass die Diskussion um verbrauchende Embryonenforschung in den 80er Jahren im wesentlichen eine Diskussion um die Verbesserung der IVF war, geht nur ein wenig in eine andere Richtung und spricht ebenfalls Bände im Hinblick auf das, was Effizienzsteigerung bei einer biomedizinischen Technik konkret heißt. In der PID-Diskussion hat dieser in der Sache selbst gegebene Zusammenhang auch Deutschland erreicht. Das heißt aber weiter, dass die rechtliche Begrenzung der IVF durch das Embryonenschutzgesetz im Kern nicht etwa den *usus* vom *abusus* scheidet. Dies ist in diesem Gesetz ganz klassisch dort der Fall, wo etwa die heterologe IVF verboten wird. Die IVF hat nicht aus sich die Tendenz, außerhalb des Zusammenhangs einer Ehe gebraucht zu werden – dem gegenüber ist sie als solche einfach neutral. Als technische Form sozialen Handelns hat sie aber sehr wohl eine innere Tendenz dahin unter dem Gesichtspunkt von Effizienz und Qualitätskontrolle zu einer Praxis eugenischer Selektion zu führen. Das deutsche Recht schneidet diese Möglichkeit einfach ab.

Die *Conclusio* – als Frage formuliert – dieses Abschnitts lautet: Kann ein Verfahren moralisch rechtfertigungsfähig sein, das aus sich heraus eine eugenische Logik der Selektion freisetzt?

## II. Die kirchliche Lehre

Ganz knapp sollen mehr benennend als entfaltend, die Hauptpunkte der kirchlichen Lehre zu Fruchtbarkeit, Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin in Erinnerung gerufen werden.

Nr. 2373 des KKK („Katechismus der katholischen Kirche“) hält fest, dass kinderreiche Familien ein Zeichen des göttlichen Segens und der Großzügigkeit der Eltern sind, Aussagen, die in unserer Gesellschaft durch die oft anzutreffende Stigmatisierung kinderreicher Familien lange nicht eingeholt sind.

Aber auch Kinderlosigkeit kann soziale Stigmatisierung bedeuten. Dafür und für das schwere Leid, das ungewollte Kinderlosigkeit oft mit sich bringt, ist die Kirche sehr hellhörig; sie weiß darum. Ungewollte Kinderlosigkeit wird im Alten und Neuen Testament immer wieder thematisiert, im Zusammenhang einer antik-orientalischen Gesellschaftsform in der Kinderlosigkeit mit extremer Stigmatisierung verbunden war. Von dieser Sensibilität der kirchlichen Lehre für das Leid der Kinderlosigkeit spricht Nr. 2374.

Nr. 2375 zieht daraus eine klare Folgerung: Die Kirche ermutigt selbstverständlich fertilitätsmedizinische Forschung, bindet sie aber an Kriterien, die ihren humanen Charakter sicherstellen sollen.

Nr. 2376 und 2377 kennzeichnen deshalb bestimmte Praktiken der Reproduktionsmedizin als sittlich unverträglich. Dies aber in abgestufter Weise: Sehr schwer wiegt die Zerstörung der Gemeinsamkeit der Elternschaft durch Einschalten einer dritten Person. Dies führt zu Ablehnung der heterologen Insemination, der heterologen IVF, der Ei- und Samenspende, der

Leihmutterchaft. So Nr. 2376.

Obwohl gegenüber diesen Praktiken in der negativen Wertung deutlich abgestuft, meint die Kirche aber eben auch – in Nr. 2377 – die homologe Insemination und IVF ablehnen zu müssen. Zur Begründung wird *Donum Vitae* zitiert mit den schon oben angeführten zentralen Punkten: Die Kritik an der technischen Manipulation des Zeugungsaktes, die mit der unvertretbaren Herrschaft instrumenteller Vernunft im Bereich der Lebensweitergabe verbunden ist und die Kritik an der Verletzung der Gleichheit, die mit dieser technischen Manipulation einhergeht.

Nr. 2378 begründet in klassischer Schlichtheit, wieso es kein Recht auf ein Kind geben kann. Diesen Text möchte ich gerne wegen seiner Klarheit ganz zu Gehör bringen: „Das Kind ist nicht etwas Geschuldertes, sondern ein Geschenk. Das „vorzüglichste Geschenk der Ehe“ ist also eine menschliche Person. Das Kind darf nicht als Eigentum angesehen werden, so als könnte man ein „Recht auf das Kind“ beanspruchen. In diesem Bereich besitzt einzig das Kind eigentliche Rechte: „das Recht, die Frucht des spezifischen Aktes der ehelichen Hingabe zu sein“ und das Recht, „vom ersten Augenblick seiner Empfängnis an als Person geachtet zu werden“ (DnV 2,8).“

Die abschließende Nr. 2379 beschäftigt sich im Anschluss an Nr. 2374 mit der Situation unaufhebbarer Kinderlosigkeit. Sie hält fest, dass Unfruchtbarkeit kein absolutes Übel ist und ermuntert zu einer geistlichen Bewältigung in der tröstenden Zuwendung zum Kreuz Christi, von dem her zugleich eine andere Form der Fruchtbarkeit entstehen kann. Der Text denkt dabei auch an die Möglichkeit der Adoption und des sozialen Engagements. Der entsprechende längere Abschnitt in *Donum Vitae* fordert dabei noch zusätzlich die mittragende Solidarität der Gemeinschaft der Gläubigen mit den unter ungewollter Kinderlosigkeit leidenden Ehepaaren ein.

Schlaglichtartig sollte hier wenigstens der engere Zusammenhang dieser Aussagen aus-

geleuchtet werden, um die speziellen Aussagen zur IVF nicht zu isoliert zu betrachten und dabei etwa das klare Ja der Kirche zur Fertilisationmedizin zu übersehen, wenn diese ihre humanen Grenzen einhält. Diese allerdings will die Kirche schützen. Auf dem Hintergrund des bisher Erarbeiteten gilt es deshalb jetzt abschließend die ablehnenden Aussagen der Kirche argumentativ zu plausibilisieren. Wie bereits angedeutet hat die Instruktion *Donum Vitae* hierbei bereits wichtiges geleistet.

### III. Argumentative Plausibilisierung der kirchlichen Position

Was dabei lediglich getan werden muss, ist die in der Einführung, dem ersten und zweiten Abschnitt ausgelegten Fäden aufzunehmen und miteinander zu verknüpfen. An dieser Stelle soll zur zusätzlichen Verdeutlichung eine handlungstheoretische Unterscheidung des ARISTOTELES aufgenommen werden, die Unterscheidung zwischen *Poiesis* und *Praxis*.

Im *poietischen* Wissen und der diesem Wissen entsprechenden Handlungsform geht es um das Herstellen und damit um das Produkt, die aristotelische *Poiesis* entspricht damit weitgehend der horkheimerschen instrumentellen Vernunft. *Praxis* – wiederum als praktisches Wissen und als Handlungsform verstanden – ist im aristotelischen Verständnis innerlicher und umgreifender als die Sphäre der *Poiesis* verstanden; im *Praxis*begriff des ARISTOTELES geht es um die richtige Entscheidung, die richtige Selbstbestimmung, den richtigen Selbstvollzug des Menschen im Hinblick auf sein letztes Ziel. Damit ist die eigentlich ethische Dimension angesprochen. *Praxis* meint also umfassend das Tätigsein des Menschen im Horizont des Guten schlechthin, *Poiesis* zielt – als Herstellen mit dem Ziel des Produkts – auf ein äußeres und teilhaftes Gut.

So aber ist eine klare Hierarchisierung gegeben – und zwar in doppelter Hinsicht. Zum einen stehen die beiden Tätigkeitsformen des

Menschen nicht einfach nebeneinander, eher handelt es sich oft um Dimensionen eines einzigen Geschehens. Jede poietische Tätigkeit ist auch Teil des praktischen Selbstvollzugs des Menschen und kann davon nicht isoliert werden. Damit aber unterliegt sie als Realisierung eines teilhaften Gutes der Beurteilung durch das praktische Wissen des Menschen um sein letztes Ziel. Zum anderen aber ist jede poietische Tätigkeit auch als Praxis (in diesem aristotelischen Sinne) zu reflektieren, aber noch lange nicht jede Praxis ist auch Poiesis, so z.B. ein zentraler Bestandteil des guten Lebens bei ARISTOTELES: die Praxis der Freundschaft. Würde die Handlungsform der Poiesis diese zentralen Felder humaner Begegnung okkupieren und an sich zu reißen versuchen, sie würden in ihrer humanen Qualität zerstört. Erlernbare Techniken der Kommunikation z.B. sind gut und hilfreich, so lange und so weit sie echte humane Kommunikation erleichtern, Blockaden beseitigen usw. Versuchen sie echte Kommunikation zu ersetzen degenerieren sie zur Manipulation, die nur eine Attrappe echter Kommunikation übrig lässt. Genau diese unterstützende Hilfsfunktion für den Akt der echten, humanen ehelichen Begegnung macht die Kirche nun auch zum Kriterium einer ihre humanen Grenzen wahrenen Fertilisationsmedizin; in der IVF aber sieht sie diese Grenze überschritten, die Humanität des Geschehens beschädigt.

Denn Fertilisationsmedizin – das war das Ergebnis der ersten Reflexion – hat den Charakter, wie jetzt aristotelisch gesagt werden kann, poietischen Wissens und Handelns. Poietisches Wissen aber ist, gerade unter neuzeitlichen Bedingungen verschärft, objektivierendes Herrschaftswissen. Diese Feststellung hat zunächst keinerlei abwertenden Ton. Denn in diesem Charakter liegt die neuzeitliche Erfolgsgeschichte der Technik begründet, deren Ergebnisse niemand von uns ernsthaft missen möchte. Deren Gefährdungen, Ambivalenzen und Abgründe man aber kennen muss, um sie im Hinblick auf das gute Leben bewältigen zu können.

Es geht also bei der IVF schlicht um die Frage, wie weit poietisches Wissen und Handeln in einen humanen Grundvorgang eingreifen darf, ohne ihn in seiner humanen Substanz zu zerstören. Dabei wurde nicht ohne Bedacht eben als Beispiel die Begegnung in der Freundschaft und überhaupt das Feld zwischenmenschlicher Kommunikation gewählt. Denn die Kirche sieht die eheliche Vereinigung in Donum vitae als Akt gegenseitiger Übereignung in der Weise eines die Einheit von Leib und Geist realisierenden Kommunikationsgeschehens quasi-sprachlicher Art. Der Text spricht explizit und gewichtig von der „Sprache des Leibes“, versteht den Menschen also hier als „animal symbolicum“ und siedelt den ehelichen Akt dabei somit handlungstheoretisch gerade beim Gegenpol des poietischen Handelns an: Sie begreift die leibhaftige Begegnung in der Ehe als kommunikativen Akt darstellenden Handelns. So verstanden sieht sie aber in genau diesem ehelichen Akt den einzigen menschenwürdigen Ort der Weitergabe menschlich-personalen Lebens.

Das Aufzeigen der humanitätsbewahrenden Grenzen poietischen Wissens und Handelns im Grundsätzlichen wurde schon erläutert. Die Kirche sieht die Grenze sowohl hinsichtlich der Eheleute als auch hinsichtlich des Kindes überschritten. Daraufhin ist die Antwort zu konkretisieren. Ganz kurz und vorweggreifend gesagt: Die IVF bringt in der Sicht der Kirche sowohl eine ethisch unvertretbare Vergegenständlichung des Embryos mit sich als auch eine ethisch unvertretbare Selbstinstrumentalisierung der Eheleute.

Wie kann man sich diese doppelte Unangemessenheit klarmachen? Immanuel KANT hat im §28 der „Rechtslehre“ der „Metaphysik der Sitten“ die Ursprünglichkeit der Rechte des Embryos gegenüber seinen Eltern reflektiert. Er hat diese ursprüngliche und unantastbare Rechtsstellung festgemacht an dem, was man in traditioneller religiöser Sprache das Wunder jeder Zeugung nennen könnte, ein Wunder, das in der Tat auch heute jedem naturali-

stischen Reduktionsversuch standhält. Dieses Wunder besteht darin, dass in, mit und unter dem Vorgang der Weitergabe menschlichen Lebens ein Individuum die Bühne der Welt betritt, das – wie KANT schreibt – „mit Freiheit begabt“ und deshalb Person ist, d.h. aber nichts anderes, als dass es in seinem arttypischen Entwicklungsbogen auf dem Weg zur moralischen Selbstbestimmung aus Freiheit ist. Deshalb ist es zu keinem Augenblick „etwas“, sondern immer schon „jemand“. Damit ist es Subjekt unveräußerlicher Rechte und Würdewesen. Die Eltern aber haben diese Begabung mit Freiheit gerade nicht „gemacht“. So aber ist ihnen der Embryo bereits im Akt der Zeugung entzogen und dem Anspruch auf Anerkennung nach behauptet er sein ursprüngliches Subjektsein. KANT schreibt über die Eltern: „Sie können ihr Kind nicht gleichsam als ihr Gemächsel (denn ein solches kann kein mit Freiheit begabtes Wesen sein) und als ihr Eigentum zerstören oder es auch nur dem Zufall überlassen, weil an ihm nicht bloß ein Weltwesen sondern auch ein Weltbürger in einen Zustand herüber zogen, der ihnen nun auch nach Rechtsbegriffen nicht gleichgültig sein kann.“

Auch die IVF kann diesen Zusammenhang nicht gänzlich aufheben. Dass sie ihm aber in der technischen Verfügung über Ursprung und Herkunft des Menschen, als sich vollziehendes, vergegenständlichendes Herrschaftswissen radikal unangemessen ist, sich ihrer ob-

jektiven Struktur nach im Widerspruch dazu befindet, dürfte nach obigen Analysen mindestens verständlicher geworden sein. Die technische Verfügung über den menschlichen Ursprung bedeutet eine Vergegenständlichung des Embryos, die die Würde des Menschen schon in seinem Entstehen übergeht, ihr nicht gerecht wird.

Nur das kommunikative Ausdruckshandeln der intimen Vereinigung in der Ehe, die sich als liebende Hingabe aneinander dennoch nicht in sich verschließt, sondern den Raum öffnet für die Frucht dieser Liebe, ohne sie krampfhaft und verfügend anzustreben, bringt diesen Zusammenhang ausreichend zum Ausdruck. Sie will in dieser Offenheit gerade keine „Kinder machen“, sondern sie als Gabe und Geschenk empfangen.

Wenn dies richtig ist, dann unterlaufen auch die Eltern hinsichtlich ihrer eigenen Person in der IVF den Zusammenhang humaner Praxis: Sie werden eingefügt in den Prozess technischer, instrumenteller Herrschaft über das, was technisch nur unterstützt, aber nicht beherrscht werden soll. Sie instrumentalisieren sich auf moralisch fragwürdige Weise selbst. Positiv kann man damit das Recht jedes Menschen formulieren, aus einer solchen liebenden, ehelichen Vereinigung hervorzugehen, oder anders gewendet: Jeder Mensch hat als Forderung der Gerechtigkeit auf der Basis der Gleichheit ein Recht auf einen naturwüchsigen Ursprung.

## Die verfassungsrechtliche Problematik der In-Vitro-Fertilisation\*

*Christian HILLGRUBER*

### Zusammenfassung

Nicht nur die Missbrauchsgefahr, sondern schon der Vorgang der In-Vitro-Fertilisation selbst und dabei die billigend in Kauf genommenen Nebenfolgen begegnen verfassungsrechtlichen Bedenken. Das deutlich erhöhte Risiko von Mehrlingsschwangerschaften führt vermehrt zu Notlagen, in denen eine Leibes- und Lebensgefahr nur durch selektive Tötung einzelner Embryonen abzuehren ist. Noch problematischer ist das Schicksal verwaister Embryonen. Begrenzungen der medizinischen Forschung am „lebenden Objekt“ ist entschieden entgegenzutreten. Nur die antizipierte Adoption „Ersatzmutterchaft“ und – hilfsweise – das bloße, „nutz-lose“ Sterbenlassen der verlassenen Embryonen stehen mit der ihnen bereits eigenen Menschenwürde in Einklang.

**Schlüsselwörter:** In-Vitro-Fertilisation, Embryonenforschung, überzählige Embryonen, Menschenwürde

### Abstract

Not only the danger of misuse but also the methods themselves used in In-vitro-fertilization and the too readily accepted negative side effects present doubts with regard to their being constitutional. The evidently higher risk of a pregnancy with several embryos which leads to distressing situations in which advice is given for a selective killing of one or more of the embryos which is naturally unacceptable and must be hindered. Even more problematic is the fate of the so called „orphan embryos“. The covetousness of medical researchers to use these „orphans“ in order to be able to do research on „living objects“ must also be hindered. Only adoption or as a last means letting these „orphaned embryos“ die a natural death, considered by some as a „waste“, would be the only choices considering their personal human dignity.

**Keywords:** In-vitro-fertilization, research on embryos, over abundance of embryos, human dignity

\* Der Beitrag wurde in seiner ursprünglichen Fassung als Vortrag bei der Tagung „Sozialethische und verfassungsrechtliche Grenzen der Fortpflanzungsmedizin“ in Osnabrück am 13. Dezember 2001 gehalten.

*Anschrift des Autors:* Prof.Dr. Christian HILLGRUBER  
Institut für Öffentliches Recht an der Universität Bonn,  
Adenauerallee 24-42, D - 53113 Bonn

## I. Einleitung

In einem Streitgespräch mit dem nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten Wolfgang CLEMENT hat der Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Manfred KOCK, davon gesprochen, er fühle sich in der Debatte um die Gentechnik als „gebranntes Kind“, und meinte damit die Zustimmung der evangelischen Kirche zur künstlichen Befruchtung. So etwas dürfe sich nicht wiederholen: Um künftig argumentative Zwickmühlen – wer A sagt, muss auch B sagen – zu vermeiden, müsse man rechtzeitig Widerspruch anmelden.<sup>1</sup>

In der Tat, zu der vermeintlich schönen, neuen Welt der Biotechnologie hat erst die technische Möglichkeit künstlicher Befruchtung das Tor geöffnet. Es ist offensichtlich die In-Vitro-Fertilisation, mit der der Rubikon in Sachen Fortpflanzungsmedizin überschritten worden ist. Mit ihr ist die „menschliche Fortpflanzung aus der verborgenen Intimität eines Elternpaares heraus in die technische Welt eines Labors implantiert“ worden. Der Gesetzgeber hat diesen ungeheuerlichen Tabubruch legalisiert, zweifellos in der ehrenwerten Absicht, „das Neue und Unerhörte zu humanisieren.“<sup>2</sup> Doch kann dies wirklich gelingen?

Gewiss, nach dem Embryonenschutzgesetz darf medizinisch unterstützte Fortpflanzung keinem anderen Zweck dienen als der natürliche Zeugungsvorgang. Sie ist gewissermaßen „nur als Kopie der natürlichen Zeugung“ erlaubt. Wer es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt, macht sich ebenso strafbar wie derjenige, der einen extrakorporal erzeugten menschlichen Embryo zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck verwendet (§ 1 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 1 ESchG<sup>3</sup>). Doch die mit der künstlichen Befruchtung jeweils verfolgte, vermeintlich gute oder böse Absicht lässt sich ex ante nicht sicher vorherbestimmen. Sie liegt nicht offen zu Tage. Eine Zweckentfremdung bleibt da-

her stets möglich. Auch der straf- bzw. bußgeldbewehrte Arztvorbehalt für die künstliche Befruchtung und die Konservierung eines menschlichen Embryos (§ 9 Nrn. 1, 3 i.V.m. §§ 11 f. ESchG), die nur zulässig ist, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist, vermag dies angesichts des auch Medizinern eigenen Forscherdrangs nicht sicher auszuschließen. Es erscheint daher zweifelhaft, ob mit diesen auf die Intention der Beteiligten abstellenden und auf das Verantwortungsbewusstsein und das berufliche Ethos des Arztes vertrauenden Strafvorschriften des Embryonenschutzgesetzes die missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken und die missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen wirklich wirksam verhindert werden kann.<sup>4</sup>

## II. Das Verfahren der In-Vitro-Fertilisation

Doch es ist nicht nur die Missbrauchsgefahr, die verfassungsrechtliche Bedenken gegen die In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer wecken, es ist vielmehr dieser Vorgang selbst, der von den Medizinern als „Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität im Verfahren der assistierten Reproduktion“ qualifiziert wird. Überschreitet diese Methode in ihrer praktischen Handhabung und in ihren praktisch unvermeidlichen Konsequenzen nicht bereits als solche die ethischen und rechtlichen Grenzen, die dem medizintechnisch Machbaren gezogen werden müssen?

Die In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer stellt eine von mehreren Methoden assistierter Reproduktion, d.h. ärztlicher Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Technik dar, die geleistet wird, wenn nicht zu erwarten ist, dass sich dieser Kinderwunsch auf natürlichem Weg realisieren lässt. Diese Methoden werden als Therapien bestimmter Formen von Unfrucht-

barkeit eingesetzt, bei denen andere Behandlungsmethoden wie z.B. hormonelle Stimulierung versagt haben oder von vornherein keinen Erfolg versprechen. Eine unerklärliche Unfruchtbarkeit kann nur dann als Indikation für eine assistierte Reproduktion angesehen werden, wenn alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und alle primären therapeutischen Möglichkeiten geklärt worden sind. Unter In-Vitro-Fertilisation, auch „extrakorporale Befruchtung“ genannt, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers der Frau. Die Einführung des so erzeugten menschlichen Embryos in die Gebärmutter (Implantierung in der Uterushöhle) wird als Embryotransfer bezeichnet. Beim intratubaren Embryotransfer wird der Embryo in den Eileiter eingeführt (IVF-Version).<sup>5</sup>

Bei der IVF-Behandlung werden nach der Eizellenentnahme mehrere Eizellen mit Spermien befruchtet und auf die Eizellenspenderin transferiert. Die gesetzliche Obergrenze für die Befruchtung liegt bei drei Eizellen<sup>6</sup>, weil innerhalb eines Zyklus nicht mehr als drei Embryonen auf eine Frau übertragen werden dürfen<sup>7</sup> (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion empfehlen bei Frauen unter 35 Jahren nur zwei Embryonen zu transferieren, weil weltweite Erhebungen ergeben haben, dass die Drillingsrate für die Verfahren assistierter Reproduktion zwischen 4 und 7% aller Schwangerschaften liegt, wodurch die Gefährdung für die Schwangere und die Feten erheblich ansteigt.<sup>8</sup>

Schon gegen das Verfahren der In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer als solches bestehen verfassungsrechtliche Bedenken. Sie resultieren daraus, dass in praxi regelmäßig die gesetzlich erlaubte Höchstzahl von drei befruchteten Eizellen der eizellenspendenden Mutter übertragen und damit die Wahrscheinlichkeit von Mehrlingsschwangerschaften, die bei natürlichem Ablauf eher selten ist, erheblich erhöht wird. Man nimmt

die mit Mehrlingsschwangerschaften – für Mutter und Kinder – verbundene Leibes- und Lebensgefahr bereitwillig hin, um eine höhere „Erfolgsquote“ der Methode zu erzielen.<sup>9</sup> Damit aber sind auch die dann notwendig vermehrt auftretenden Notlagen<sup>10</sup>, in denen es nun keinen anderen „Ausweg“ als die euphemistisch sogenannte „Mehrlingsreduktion durch Fetozyd“, d.h. den teilweisen Abbruch der Schwangerschaft durch selektive Tötung einzelner Embryonen mehr gibt<sup>11</sup>, verfahrensbedingt. Das Verfahren selbst führt also mit gewisser Regelmäßigkeit Situationen herbei, in denen – von Verfassungen wegen grundsätzlich verpönte – Tötungshandlungen vorgenommen werden müssen, um eine in der bestehenden Situation nicht anders abwendbare Leibes- oder Lebensgefahr abzuwehren. Das kann verfassungsrechtlich nicht hingenommen werden.

### III. Der Notstand der verwaisten Embryonen: Entstehungsgrund und verfassungsrechtliche Bewertung

Noch problematischer ist aber eine weitere, mit dem IVF-Verfahren billigend in Kauf genommene Nebenfolge, nämlich das Schicksal der verwaisten Embryonen. Wenn auch der Kinderwunsch wegen Unfruchtbarkeit kinderlos gebliebener Paare ohne weiteres nachvollziehbar und aner kennenswert ist, stellt sich gleichwohl die Frage, ob nicht das Risiko dauerhaft verwaister, sog. überzähliger Embryonen, das sich bereits vielfach realisiert hat und erst die Begehrlichkeiten der biomedizinischen Forschung „am lebenden Objekt“ des menschlichen Embryos geweckt hat, die In-Vitro-Fertilisation verfassungswidrig macht.<sup>12</sup> Dieses Risiko ist ein Spezifikum des zeitlich gestreckten Verfahrens der künstlichen Befruchtung außerhalb des Mutterleibes mit anschließendem Embryotransfer. Während bei natürlicher Befruchtung sich die Einnistung der befruchteten Eizelle, wenn sie erfolgt, ohne

Zwischenakt, d.h. ohne die Notwendigkeit zusätzlichen menschlichen Tuns in einem kontinuierlichen biologischen Vorgang *eo ipso* vollzieht, muss der künstlichen, extrakorporalen Befruchtung die künstliche Einpflanzung des so erzeugten Embryos in die Gebärmutter der Eizellenspenderin nachfolgen, wenn eine Schwangerschaft herbeigeführt werden soll. Die Einpflanzung erfolgt, nachdem die Embryonen zwei oder drei Tage im Brutschrank aufbewahrt worden sind. Dieses Intervall begründet für den Embryo einen vorübergehenden Schwebezustand, der zum Dauerzustand zu werden droht, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung auf die Mutter, etwa wegen deren Todes, unmöglich oder bei nachträglicher erkannter, ernstlicher Leibes- oder Lebensgefahr für den Fall der Übertragung dieser unzumutbar wird; der konservierte Embryo fristet ein Dasein zwischen (vollem menschlichen) Leben und Tod. Die Dauerexistenz des Embryos im Tiefkühlfach, aus der es kein Entrinnen gibt, ist menschenunwürdig. Wenngleich tiefgefroren und daher äußerlich betrachtet ohne Qualen, ähnelt sein unmenschliches Schicksal und Los doch dem des an einen Felsen gefesselten Prometheus, der nach dem Willen des ZEUS weder frei leben noch einfach sterben darf.

Bei natürlicher Zeugung und natürlicher Nidation ist der Eintritt eines solchen, mit der allem menschlichen Leben zukommenden Menschenwürde unvereinbaren, dauerhaften Schwebezustandes dagegen ausgeschlossen. Die symbiotische Existenz des auf einzigartige Weise mit der Mutter verbundenen Kindes, die bei Mutter und Kind in der Phase der Schwangerschaft zu einem Verhältnis der „Zweiheit in Einheit“ führt<sup>13</sup>, macht das Leben des Kindes – bis zur Erlangung (gegebenfalls mit Hilfe medizinischer Technik als Surrogat künstlich unterstützter,) selbständiger Lebensfähigkeit – ganz und gar von der Fortexistenz seiner Mutter abhängig, begründet zwischen beiden eine notwendige Schicksalsgemeinschaft. Die Alternative heißt hier für

das Kind nur Leben oder Tod, Geborenwerden oder sterben, ohne das Licht der Welt erblickt zu haben. *Tertium non datur.*

Die mit der In-Vitro-Fertilisation verbundene Problematik eines sich perpetuierenden Schwebezustandes des künstlich erzeugten und dann konservierten Embryos verschärft sich dadurch, dass er nicht nur eintreten kann, wenn die eizellenspendende Mutter vorverstirbt oder kurzfristig schwer und andauernd erkrankt mit der Folge, dass das Kind im Mutterleib nicht überleben würde oder die Einpflanzung des Embryos wegen einer dadurch begründeten Leibes- oder gar Lebensgefahr für die Mutter unzumutbar wäre. Vielmehr kann es sich die Mutter (und natürlich auch der Vater bzw. beide zusammen) – aus welchen Gründen auch immer<sup>14</sup> – zwischenzeitlich in einer überraschenden Wendung anders überlegt haben, den ursprünglich lange gehegten und mit der künstlichen Befruchtung in einem ersten Schritt der Realisierung nahe gebrachten Kinderwunsch nun, wo es ernst wird, wieder in einem plötzlichen Sinneswandel aufgegeben haben. Dann kann ihr der Embryo nicht gegen ihren Willen zwangsweise implantiert werden, selbst wenn der Behandlungsvertrag dies bestimmt.

Zwar haben die ei- und samenzellenspendenden Eheleute durch ihre Einwilligung in die Behandlungsmethode der In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer und die daraufhin mit ihrem Willen erfolgte künstliche Befruchtung bereits vorwirkende Elternverantwortung übernommen, der sie sich nicht nachträglich wieder willkürlich entziehen dürfen. Diese als Einstandspflicht aus vorangegangenem Tun zu begründende Elternverantwortung konkretisiert sich bei der eizellenspendenden Mutter in einer grundsätzlichen – nur unter dem Vorbehalt der nach den Indikationstatbeständen zu bestimmenden Zumutbarkeit stehenden, d.h. in Ausnahmefällen aufgehobenen – Pflicht, sich den so erzeugten Embryo übertragen zu lassen, um das Kind zu gebären und ihm das Leben zu schen-

ken. Diese Pflicht stellt die – unter den Bedingungen der In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer – notwendige, flankierende Ergänzung des grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs und der grundsätzlichen Rechtspflicht zum Austragen des Kindes dar, mit denen der Staat die ihm obliegende Pflicht zum (rechtlichen) Schutz jedes einzelnen, ungeborenen menschlichen Lebens auch gegenüber der Mutter erfüllt.<sup>15</sup> Andernfalls nämlich käme das eigene Lebensrecht des Embryos nur zur Geltung, wenn die Mutter sich nicht zur Ablehnung des Transfers entschlossen hat. Dieses Lebensrecht aber darf nicht, auch nicht im Intervall zwischen künstlicher Zeugung und Implantierung, der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten, und sei es selbst der Mutter, überantwortet werden.<sup>16</sup>

Die daraus folgende rechtliche Verpflichtung der Mutter, den Embryotransfer durchführen zu lassen, ist aber, wie viele andere familienrechtliche Verpflichtungen auch, nicht erzwingbar. Gegen den Willen der Frau darf der in der Übertragung des Embryos liegende Eingriff in die körperliche Unversehrtheit keinesfalls erfolgen. Das wäre ebenso wie die Erzwingung der die Frau existentiell betreffenden Pflicht zum Austragen und Gebären des Kindes auch mit ihrer Menschenwürde unvereinbar.

Infolgedessen ist das Recht des Embryos, auf seine Mutter übertragen und ausgetragen zu werden, tatsächlich gefährdet. Die Gefahr der Transferverweigerung ist insofern größer als die des Schwangerschaftsabbruchs, als der Schwangerschaftsabbruch aktives, lebenszerstörendes Tun verlangt, während die Ablehnung der Übertragung des Embryos sich aus der Sicht der Frau als bloße Unterlassung darstellt, die weniger Unrechtsbewusstsein erzeugt. Hinzu kommt, dass, anders als bei der natürlichen Zeugung, bei der das Kind als die Frucht eines elterlichen Liebesakts erscheint, bei der extrakorporalen, künstlichen Erzeugung zunächst eine emotionale Distanz besteht, die erst nach der Übertragung des Embryos überwunden wird.

Ob die Erfüllung des auf natürlichem Wege nicht realisierbaren Kinderwunsches von Ehepaaren so schwer wiegt, dass sie es rechtfertigt, dafür das keinesfalls ganz zu vernachlässigende Risiko verwaister Embryonen in Kauf zu nehmen, erscheint zweifelhaft, weil menschliches Leben und seine unverfügbare Würde nicht aufrechenbar sind.

#### IV. Das Schicksal der „überzähligen“ Embryonen – verfassungswidrige und verfassungskonforme Lösungen

Doch auch wenn man im Hinblick auf die Statistik<sup>17</sup> und dem sich danach ergebenden numerischen Verhältnis erfolgreicher In-Vitro-Fertilisationen mit anschließendem Embryotransfer zu den dabei angefallenen, überzähligen Embryonen<sup>18</sup> dieses Risiko für geringfügig und deshalb vertretbar hält, muss für die angebliche *quantité négligeable*, also für die Fälle, in denen es sich realisiert hat und künftig realisieren wird, eine verfassungskonforme, insbesondere menschenwürdige Lösung gefunden werden. Folgende Lösungen sind tatsächlich möglich und sollen kurz auf ihre verfassungsrechtliche Zuträglichkeit geprüft werden:

- die Ersatzmutterschaft,
- die verbrauchende Forschung oder
- der „nutzlose“ Tod, das „bloße“ Sterbenlassen.

##### 1. Die Ersatzmutterschaft – antizipierte Adoption

Das Embryonenschutzgesetz verbietet die Ersatzmutterschaft ausnahmslos. Wer es unternimmt, bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen, macht sich strafbar (§ 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG). Durch das Verbot der Verwendung fremder Eizellen bei der Herbeiführung einer Schwangerschaft und das Verbot der sog. Ersatzmutterschaft will

der Gesetzgeber verhindern, dass es zu einer sog. gespaltenen Mutterschaft kommt und damit die austragende und die genetische Mutter nicht mehr identisch sind. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass das Kind in seiner gesamten körperlichen und seelischen Entwicklung sowohl durch die von der genetischen Mutter stammenden Erbanlagen wie auch durch die enge während der Schwangerschaft bestehende Beziehung zwischen ihm und der austragenden Mutter entscheidend geprägt wird. Eine gesplattene Mutterschaft lässt besondere Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes und negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung befürchten.<sup>19</sup> Diese Abwägung der gegenläufigen Interessen und die ihr zugrundeliegenden Erwägungen sind im Grundsatz verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, zumal Eheleute aus Art. 6 Abs. 1 GG keinen verfassungsrechtlichen Leistungsanspruch haben, mit Hilfe Dritter Eltern zu werden und eine Familie zu gründen.

Wenn aber der durch künstliche Befruchtung erzeugte Embryo aus den genannten, möglichen Gründen auf die genetische Mutter nicht übertragen werden kann, stellt sich die Rechtslage anders dar, weil die Interessen anders zu gewichten sind. Hier existiert bereits menschliches Leben. Die Schutzpflicht des Staates für das Lebensrecht des Embryo (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) zwingt dazu, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, damit dieses in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit bereits festgelegte, nicht mehr teilbare Leben sich in einem Prozess des Wachsens und Sich-Entfaltens als Mensch voll entwickeln kann.<sup>20</sup> Das Anliegen sicherzustellen, dass auch bei der künstlichen Fortpflanzung ein zukünftiges Kind seinen Eltern von vornherein eindeutig familienrechtlich zugeordnet ist, muss dahinter zurückstehen. Wenn die Alternative für das mit der künstlich bewirkten Verschmelzung von Ei und Samenzelle bereits entstandene menschliche Leben nur in dessen Tod besteht,

dann ist demgegenüber die lebenserhaltende, ja die weitere Entwicklung individuellen Menschseins allererst ermöglichende Ersatzmutterschaft allemal vorzugswürdig.<sup>21</sup> Mögliche Schwierigkeiten der Selbstfindung des Kindes fallen dagegen nicht mehr entscheidend ins Gewicht. Die Ersatzmutterschaft muss daher bei verwaisten Embryonen jedenfalls dann zugelassen werden, wenn die Voraussetzungen für eine spätere Adoption vorliegen. Sie stellt sich dann gewissermaßen als antizipierte Adoption dar. Wenn die Adoption nach heutigem Verständnis in erster Linie ein Mittel der Fürsorge für elternlose und verlassene Kinder sein soll<sup>22</sup>, dann erscheint sie und die dafür notwendige, ausnahmsweise Zulassung der Ersatzmutterschaft (nicht der Leihmutterschaft!) gerade hier als probates und gebotenes Mittel zur Rettung andernfalls zum Tode verurteilter Embryonen.<sup>23</sup>

Die Annahme als Kind ist zulässig, wenn sie dem Wohl des Kindes dient und zu erwarten ist, dass zwischen dem Annehmenden und dem Kind ein Eltern-Kind-Verhältnis entsteht (§ 1741 Abs. 1 BGB). Wegen des grundrechtlich geschützten, natürlichen Elternrechts (Art. 6 Abs. 2 GG) ist zur Adoption im Regelfall die Einwilligung der Eltern des Kindes erforderlich (§ 1747 Abs. 1 BGB). Wie die Regelung des § 1748 BGB zeigt, kommt unter Umständen, insbesondere bei vollständigem Versagen der Eltern in ihrer Verantwortung gegenüber dem Kind, das bei Ablehnung des durchführbaren Embryotransfers durch die genetische Mutter anzunehmen wäre (s.o.), aber auch eine Ersetzung der Einwilligung eines Elternteils in Betracht. Die gesetzliche Festlegung, dass die Eltern ihre Einwilligung erst wirksam erteilen können, wenn das Kind acht Wochen alt ist, müsste geändert werden. Der Gesetzeszweck, die leiblichen bzw. genetischen Eltern vor einer unüberlegten Weggabe des Kindes zu schützen, stünde dem nicht entgegen. Die Möglichkeit der Konservierung des Embryos erlaubt die ersatzweise Statuierung einer angemessenen Überlebensfrist.

Gerade weil auch der Embryo in vitro einen Rechtsanspruch darauf hat, als menschliches Wesen respektiert und in ein soziales Geflecht familiärer Beziehungen geboren zu werden, muss daher bei verwaisten Embryonen die Ersatzmutterchaft zugelassen werden. Wird schon in der Phase der Schwangerschaft die neue Mutter-Kind-Beziehung aufgebaut, sollte im Regelfall die Integration in die soziale Familie gelingen.

## **2. Menschenwürde und Nützlichkeit: Von nützlicher Forschung und nutzlosem Tod**

Keinesfalls dürfen die verlassenen Embryonen zu Forschungszwecken verwendet, d.h. verbraucht werden. Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.<sup>24</sup> Niemandem und nichts zunutze sein zu müssen, das macht die Würde der Menschen aus.<sup>25</sup> Das bloße, „nutzlose“ (nicht: sinnlose !) Sterbenlassen ist daher, wenn sich keine zur Übertragung des Embryos bereite Ersatzmutter findet, die einzige, mit der dem Embryo bereits eigenen Menschenwürde konforme Lösung. Die Selbstzweckhaftigkeit menschlichen Lebens, „die Qualität des Menschen, sein eigener Herr zu sein“ (I. KANT<sup>26</sup>) bis in den Tod hinein und sogar noch darüber hinaus – postmortaler Persönlichkeitsschutz! – unbedingt zu respektieren, dazu verpflichtet die Garantie der Menschenwürde.

Der Embryo hat zwar kein unbedingtes Lebensrecht ebenso wenig wie der nasciturus oder der geborene Mensch. Der Schutz des Lebens ist nicht in dem Sinne absolut geboten, dass dieses gegenüber jedem anderen Rechtsgut ausnahmslos Vorrang genösse; das zeigt schon der Gesetzesvorbehalt des Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG.<sup>27</sup> Absolut ist dagegen der Schutz der Menschenwürde. Doch dieser Unterschied spricht nicht etwa für eine Entkoppelung von Lebens- und Menschenwürdeschutz. Vielmehr verlangt die Menschenwürdegarantie auch bei Eingriffen in das Lebensrecht strikte Beachtung; die aktive Tötung

menschlichen Lebens oder auch nur das passive Sterbenlassen darf unter keinen Umständen den Eigenwert und die Selbstzweckhaftigkeit des Menschen negieren.<sup>28</sup>

Dagegen kann nicht eingewendet werden, „die Forschung an und mit abgegangenen Föten steh[e] bei uns nicht unter ethischem Verdacht. Der Fötus, dessen Leben nicht mehr zu retten ist, [werde] seit eh und je untersucht, um anderen Kindern und ihren Müttern zu helfen.“<sup>29</sup> Zum einen handelt es sich bei Fehl- oder Totgeburten im Gegensatz zu verbrauchender Embryonenforschung nicht um Forschung an Lebenden, sondern an Toten. Im übrigen ist selbst diese Forschung, wie die skandalösen Praktiken in Großbritannien demonstrieren, alles andere als unproblematisch. Forschung an und mit abgegangenen Föten darf jedenfalls nicht ohne Zustimmung der Eltern erfolgen, möglicherweise wegen des gebotenen postmortalen Würdeschutzes nicht einmal mit deren Einwilligung, weil auch sie insoweit kein Verfügungsrecht besitzen.

## **V. Resümee**

Lassen wir uns also in unserem moralischen und verfassungsrechtlichen Werturteil über menschliches Leben nicht irremachen, nicht korrumpieren durch ebenso vage wie wohlfeile Heilungs- und Heilsversprechen, hinter denen kommerzielle Verwertungsstrategien stehen. Die Forderung nach verbrauchender Nutzenanwendung menschlichen Lebens stellt mit ihrem Nützlichkeitsdenken einen Generalangriff auf die Menschenwürde dar, den es abzuwehren gilt. Die utilitaristisch-suggestive Frage, ob die verwaisten, dem Tod geweihten, ohnehin zum Sterben verurteilten Embryonen nicht noch sinnvoll für sich möglicherweise künftig lebensrettend oder -verlängernd auswirkende Forschung eingesetzt werden können – „Dem Tode bestimmt, dem Leben gewidmet“<sup>30</sup> –, muss – auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – mit einem kategori-

schen Nein beantwortet werden. Menschenleben ist keine noch so vermeintlich guten Zwecken dienstbar zu machende Substanz. Es darf nicht Mittel zum Zweck werden. Nein, auch die verwaisten Embryonen haben als morituri noch einen letzten Anspruch, der unter allen Umständen zu erfüllen ist: den auf einen menschenwürdigen, d.h. „nutzlosen“ Tod, der sinnvoll ist, weil er sie aus dem unwürdigen Schwebezustand der Konservierung erlöst und ihnen – christlicher Glaubensüberzeugung gemäß – das ewige Leben schenkt.

#### Referenzen

1. *Wünsche on the rocks*. Zur Gentechnik: Kölner Streitgespräch mit Wolfgang CLEMENT, in: FAZ Nr. 280 v. 1.12.2001, S. 44
2. RENESSE, M. v., *Dem Tode bestimmt, dem Leben gewidmet. Ist der Import von embryonalen Stammzellen akzeptabel?* In: Wachstumsmarkt Biotechnologie. Verlagsbeilage der FAZ v. 7.11.2001, Nr. 259, S. B 1
3. Damit soll die fremdnützige Verwendung extrakorporal erzeugter Embryonen verhindert werden, vgl. Begründung des RegE ESchG, BT-Drucks. 11/5460, B., zu § 1 Abs. 1 Nr. 4, S. 9, zu § 2, S. 10, weil es mit der in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG getroffenen Wertentscheidung zugunsten des menschlichen Lebens unvereinbar ist, menschliches Leben zu erzeugen, um es alsbald wieder zu vernichten (Begr. zu § 1 Abs. 1 Nr. 2, ebd., S. 8).
4. Vgl. dazu die Begründung des RegE ESchG, BT-Drucks. 11/5460, A. III., S. 6; Stellungnahme des BRates – zu Artikel 1 – neu – (vor § 1), ebd., S. 13. Auch RENESSE, M. v., (FN 2) meint, es gebe derzeit keine Möglichkeit, durch Verfahrensregeln den bösen Verdacht glaubhaft auszuräumen, die Methode der künstlichen Befruchtung könne einem zweifachen Ziel dienen, „nämlich der Erfüllung eines Kinderwunsches ebenso wie der Gewinnung von interessantem wissenschaftlichem Material.“
5. Andere mit der In-Vitro-Fertilisation verwandte Techniken sind das GIFT- und ZIFT-Verfahren. Während beim GIFT (Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter) die Befruchtung erst im Eileiter, d.h. auf natürlichem Weg stattfindet, wird beim ZIFT die Eizelle erst nach der Befruchtung, aber noch vor der Zellteilung in den Eileiter übertragen. Schließlich gibt es noch die intrazytoplasmatische Spermieninjektion. Näher zu den einzelnen Methoden und zu deren medizinischer Indikation siehe Ziff. 1 und 3.2.1 der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion, abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), S. A-3166 sowie STOPPARD, M., *Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt*, Ravensburg (1997), S. 44-49
6. Damit soll dem Entstehen sog. „überzähliger“ Embryonen entgegengewirkt werden (Begründung des RegE ESchG, zu § 1 Abs. 1 Nr. 3, BT-Drucks. 11/5460, S. 9)
7. Mit der Begrenzung der Zahl der zu übertragenden Embryonen soll „die bewusste Inkaufnahme der gezielten Tötung von Mehrlingen im Mutterleib als Folge der künstlichen Befruchtung“ vermieden werden, die „aus ethischen Gründen abzulehnen und strafrechtlich zu verbieten“ ist (Stellungnahme des BRates zum RegE ESchG, zu Artikel 2 – neu – (§ 1 Abs. 1 RegE), BT-Drucks. 11/5460, S. 14)
8. Siehe dazu das Vorwort u. näher die Durchführungsbedingungen (4.1) der o.a. Richtlinien: „Das Risiko, besonders für höhergradige Mehrlinge, mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern, wiegt so schwer, dass ihm das alleinige Ziel des Schwangerschaftserfolgs untergeordnet werden muss“.
9. Zu den belastenden Umständen, den Erfolgen und Misserfolgen der IVF vgl. die empirische Untersuchung von BASTIAN, E., BERG, G., *Die Technisierung der Zeugung. Die Entwicklung der In-Vitro-Fertilisation in der Bundesrepublik Deutschland*, Pfaffenweiler (1997)
10. Zur „Mehrlingsreduktion mittels Fetozid“ in Fällen medizinischer Indikation (zur Abwehr gesundheitlicher Risiken für die Mutter und zur Erhaltung der Lebensfähigkeit der übrigen Feten) siehe Ziff. 2 der Stellungnahme der „Zentralen Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Genterapie“. Siehe auch die Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Aspekten der Embryonenreduktion, verabschiedet von der 47. Generalversammlung im September 1995.
11. Siehe dazu „Drei sind einer zuviel“, in: Der Spiegel 4/2002, S. 81-83
12. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion verzeichnen diesen Tatbestand, indem es dort sybillinisch heißt, „Ehepaare sollen darüber aufgeklärt werden, welche Maßnahmen für den Fall möglich sind, dass Embryonen aus unvorhersehbarem Grund nicht transferiert werden können“ (Ziff. 3.4.). Hier kommt de lege lata nur die Konservierung in Betracht.
13. BVerfGE 88, 203, 252f., 266
14. Dabei bleibt die bei erheblichem Krankheitsbefund in fataler Weise demotivierende Wirkung der Präimplantationsdiagnostik, d.h. der genetischen Untersuchung der Embryonen vor ihrem Transfer, hier wegen ihrer bisherigen Unzulässigkeit (vgl. § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 ESchG) noch außer Betracht.
15. Vgl. BVerfGE 88, 203, LS 3, 252f
16. Vgl. BVerfGE 88, 203, LS 4, 256
17. Das Deutsche IVF-Register (DIR), Jahrbuch 2000, S. 12 gibt folgende „Behandlungsergebnisse IVF 2000“ an: Bei insgesamt 28.655 IVF-Behandlungen kam es in 24.462 Fällen zu einer erfolgreichen Fertilisierung von mindestens einer Eizelle pro Zyklus. In 23.944 Fällen war mindestens ein Embryo vorhanden. In 23.834 Fällen wurde der Embryotransfer durchgeführt. Es kam anschließend zu 6.292 Schwangerschaften (= 26,4% der transferierten Embryonen) und 3.161 Geburten (= 50,24% der Schwangerschaften).
18. Das DIR Jahrbuch 2000 (S. 26) gibt an, dass im Jahr 2000 214 Embryonen von 88 Paaren aufgrund einer Notfallmaßnahme kryokonserviert worden sind. Die Gesamtzahl „überzähliger Embryonen“ ist derzeit noch unbekannt. Auf Anfrage des Bundesgesundheitsamtes wurde eine Erhebung in den einzelnen IVF-Zentren zum Stichtag 31.12.2001 durchgeführt, deren Ergebnis im Januar 2002 vorliegen sollte.
19. Vgl. Begründung des Reg ESchG, A. III., S. 6, B., zu § 1 Abs. 1 Nr. 1, S. 7: „Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass das Risiko negativer Auswirkungen einer sog. gespaltenen Mutterschaft nicht in Kauf genommen werden kann.“
20. Vgl. BVerfGE 88, 203, 251f.

21. Das hat auch der Gesetzgeber ausweislich der Materialien zum ESchG erkannt: „Der Entwurf ist bestrebt, der Embryonenspende wie den verschiedenen Formen der Ersatzmutter-schaft schon im Vorfeld zu begegnen, indem er bereits die auf den späteren Embryonentransfer zielende künstliche Befruchtung poenalisiert. Damit will der Entwurf zugleich ein generelles Verbot der sog. Embryonenspende entbehrlich machen. Ein derartiges Verbot wäre nämlich zumindest in den Fällen nicht unbedenklich, in denen eine Embryonenspende die einzige Möglichkeit bietet, den Embryo vor einem Absterben zu bewahren (Begründung zum RegE ESchG, B., zu § 1 Abs. 1 Nr. 2, BT-Drucks. 11/5460, S. 8; Hervorh. v. Verf.)“. Zu Unrecht anderer Ansicht der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum RegE, zu Artikel 2 – neu – (§ 2a – neu –, ebd., S. 16. Es ist daher nicht richtig, wenn RENESSE, M. v., (FN 2) behauptet: „Ein verwaister Embryo nach künstlicher Befruchtung hat mit dem Verlust seiner Mutter ebenfalls keine Chance mehr, sein Leben zu entfalten. Er ist dem Tode verfallen.“
22. DIEDERICHSEN, in: PALANDT, BGB, 60. Aufl. 2001, Einf v § 1741Rz. 2
23. Für die „Adoptiönslösung“ auch WUERMELING, H.-B., *Der Notstand. Wohin mit verwaisten Embryonen*, in: FAZ Nr. 131 v. 8.6.2001, S. 48
24. BVerfGE 39, 1, 41; 88, 203, 252
25. Zutreffend begründet der RegE ESchG das allgemeine Verbot der Verwendung menschlicher Embryonen zu fremdnützigen Zwecken mit der „Erwägung, dass menschliches Leben grundsätzlich nicht zum Objekt fremdnütziger Zwecke gemacht werden darf. Dies muss auch für menschliches Leben im Stadium seiner frühesten Entwicklung gelten“ (zu § 2, BT-Drucks. 11/5460, S. 10). Siehe auch die Stellungnahme des Bundesrates zu Artikel 2 – neu – (§ 1 Abs. 2a – neu –, ebd., S. 14, die das „Verbot jeglicher Forschung an überzähligen Embryonen“ mit der Gefahr rechtfertigt, „dass Forschung an solchen Embryonen eine Entwicklung einleiten würde, die mit der objektiven Idee der Menschenwürde nicht vereinbar wäre“, es allerdings zu Unrecht für fraglich hält, „ob eine Forschung an solchen Embryonen für hochrangige medizinische Zwecke mit dem Gebot zum Schutz der Menschenwürde [dieser Embryonen selbst; Erg. des Verf.] unvereinbar wäre“.
26. KANT, I., *Metaphysik der Sitten. Einteilung der Rechtslehre*, B. (Das angeborene Recht ist nur ein einziges), in: Königlich Preussische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), *KANTS Gesammelte Schriften*, Berlin 1908/1913, Bd. VI, S. 203-414, 237f
27. BVerfGE 88, 203, 253f
28. Diese Achtungspflicht deckt sich mit KANTS praktischem Imperativ. Siehe *dens.*, Grundlegung zu einer Metaphysik der Sitten (FN 24), Bd. IV, S. 385-464, 428f.: „[D]er Mensch und überhaupt jedes vernünftige Wesen existiert als Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauche für diesen oder jenen Willen, sondern muss in allen seinen sowohl auf sich selbst als auch auf andere vernünftige Wesen gerichteten Handlungen jederzeit zugleich als Zweck betrachtet werden. (...) Die Wesen, deren Dasein zwar nicht auf unserm Willen, sondern der Natur beruht, haben dennoch, wenn sie vernunftlose Wesen sind, nur einen relativen Wert als Mittel und heißen daher Sachen, dagegen vernünftige Wesen Personen genannt werden, weil ihre Natur sie schon als Zwecke an sich selbst, d. i. als etwas, das nicht bloß als Mittel gebraucht werden darf, auszeichnet, mithin sofern alle Willkür eingeschränkt (und ein Gegenstand der Achtung ist). Dies sind also nicht bloß subjektive Zwecke, deren Existenz als Wirkung unserer Handlung für uns einen Wert hat; sondern objektive Zwecke, d. i. Dinge, deren Dasein an sich selbst Zweck ist, und zwar ein solcher, an dessen Statt kein anderer Zweck gesetzt werden kann, dem sie bloß als Mittel zu Diensten stehen sollten, weil ohne dieses überall gar nichts von absolutem Werte würde angetroffen werden; (...) Der praktische Imperativ wird also folgender sein: Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“
29. So aber RENESSE, M. v., (FN 2). § 5 Abs. 4 Nr. 2 ESchG nimmt allerdings die künstliche Veränderung der Erbinformation einer körpereigenen Keimbahnzelle, die einer toten Leibesfrucht entnommen worden ist, unter bestimmten Voraussetzungen von dem strafbewehrten Verbot künstlicher Veränderungen menschlicher Keimbahnzellen aus, lässt also insofern Forschungsexperimente zu.
30. So der Titel des Beitrags von RENESSE, M. v., (FN 2)



## Der moralische Status des menschlichen Embryos in vitro

*Notburga AUNER*

### Zusammenfassung

Der Begriff „Status“ muss differenziert werden und bezeichnet je nachdem den „Status quo“, den „Rechtsstatus“ oder den „moralischen Status“. Der Status quo des Embryos in vitro unterscheidet sich im wesentlichen Punkten von jenem im Mutterleib. Der Rechtsstatus gewährt dem Embryo in vitro nur mehr einen abgestuften Lebensschutz, seine Verdinglichung ist die Folge. Der moralische Status des Embryos in vitro lässt keine Unterscheidung zum frühen Ungeborenen im Mutterleib zu. Daher muss die Erzeugung des Menschen im Reagenzglas prinzipiell in Frage gestellt werden. Weil er nicht geschützt werden kann und weil es seiner Würde immanent widerspricht, sollte der Mensch nicht künstlich befruchtet und außerhalb des Mutterleibes hergestellt werden.

**Schlüsselwörter:** Statusbegriff, Rechtsstatus, moralischer Status, abgestufter Würdeschutz, Person

### Abstract

The definition of the word „status“ must be looked at very closely especially when it is used in expressions such as „status quo“, „legal status“ or „moral status“. The status quo of the embryo in vitro is importantly different from such in the womb. The legal status given the embryo in vitro at present is only a right of life in a graduated way and it follows that it has now become a „thing“. The moral status of the embryo in vitro must be considered as being the same as in the womb. Therefore, producing a human being in a test tube is very questionable. The reasons being that in vitro it can no longer be protected and also because this condition is very much against human dignity, therefore, human beings should not be produced by artificial fertilization outside the womb.

**Keywords:** Definition of status, legal status, moral status, worthiness of protection to the human embryo in a graduated way, person

*Anschrift der Autorin:* Dr. Notburga AUNER, Imabe-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien

Die Errungenschaften der Reproduktionsmedizin haben den menschlichen Embryo verfügbar gemacht. Die Befruchtung im Reagenzglas, die einst zur Erfüllung des Kinderwunsches unfruchtbarer Ehepaare entwickelt wurde, fand bald weitere denkbare Anwendungsbereiche, die abseits von Fortpflanzungszwecken stehen. Die Verfügungsgewalt über menschliche Keimzellen und die direkte Beobachtung der frühesten Entwicklungsstadien des Menschen stellen für die Forschung ein attraktives Feld dar, das einen enormen Wissensfortschritt bewirkte. So fing man an, mit übrig gebliebenen Embryonen, die nicht mehr transferiert werden sollten, innerhalb einer bestimmten Zeitspanne zu experimentieren. England übernahm mit einer Gesetzgebung, die ausdrücklich die Möglichkeit für eine derartige Forschung schuf, eine Vorreiterrolle. Die In-vitro-Fertilisierungs-Technik (IVF) hat sich rasch als Standardmethode etabliert und allgemeine Akzeptanz gefunden.

Erst das Auftreten eines neuen Szenarios hat eine breitere Öffentlichkeit aufmerksam gemacht. Embryonale Stammzellen sollten die neuen Hoffnungsträger der Medizin sein und Probleme lösen können, die bisher unlösbar waren. Die Aussichten der Forschung auf Heilung bislang unbehandelbarer Krankheiten, die mittels embryonaler Stammzellen erfolgen soll, haben diesen Forschungsbereich in ein neues Licht gerückt. Man meinte offenbar zwei Fliegen auf einen Schlag getroffen zu haben: überzählige Embryonen können einem guten Zweck zugeführt werden und sind darüber hinaus auch noch Rohstoffe für wirksame Therapeutika. Man spielt mit der Vorstellung, in fernerer Zukunft individuellen Organersatz aus embryonalen Stammzellen für jeden Menschen bereitstellen zu können. Für den Krankheitsfall gerüstet, sollen Gewebersatzzellen verfügbar sein, die den Organismus in seiner Regenerationspotenz unterstützen. Die ferne Wirklichkeit einer derartigen Therapieform ist heute noch Utopie. Großer wissenschaftlicher Einsatz wird erforderlich sein, um die Technik

zu entwickeln. England hat frühzeitig die notwendigen legislativen Maßnahmen getroffen: Embryonen, die zur Entwicklung dieser Technik notwendig sind, dürfen ausdrücklich nur zu Forschungszwecken hergestellt werden, denn die vorhandenen, überzähligen Embryonen reichen nicht aus, oder besitzen nicht die gewünschten qualifizierbaren Merkmale, die die Forschung benötigt.

Embryonenverbrauchende Forschung wird aber höchst kontroversiell beurteilt. Die oben beschriebene Vorgangsweise Englands hat international eine heftige Diskussion ausgelöst, an der sich nicht nur Politiker, sondern auch Naturwissenschaftler und Bioethiker beteiligen. Einerseits wollen die Vertreter einer Interessensethik keine Forschungsbeschränkungen akzeptieren, solange das „gute Ziel“ – die legitimen Interessen –, nämlich die ferne Möglichkeit einer therapeutischen Anwendung und Heilung, gewahrt bleibt. Andererseits lehnt die gegensätzliche Position jeglichen Verbrauch menschlicher Embryonen ab. Diese müssen, weil sie früheste Formen des Menschseins sind, mit jener Achtung und Ehrfurcht behandelt werden, die eben Menschen gebührt. Ein Grossteil der westlichen Gesellschaft hat sich einer uneingeschränkten Fortschrittsgläubigkeit hingegeben. Das neue Credo von einer Ethik des Heilens wird auf den Plan gerufen, der die Gesellschaft von heute im Dienste der Gesellschaft von morgen verpflichtet, keine Einschränkung der Mittel vorzunehmen. Menschliches Leben im Embryonalstadium, das bedeutet vor jeder Entwicklung des Bewusstseins und Formulierung eigener Interessen, – zwar Menschen, aber keine Personen, so wird argumentiert – dürfte dann in bestimmten Fällen geopfert werden, wenn dies eindeutig dem Wohle der zukünftigen Generationen diene.

Die Gegenstimme sieht in dieser Vorgangsweise einen Verstoß gegen die Menschenwürde, die immer und überall gewahrt werden müsse. Selbst in der Unbewusstheit am Lebensbeginn dürften Menschen sich nicht an-

derer Menschen ohne deren Zustimmung bedienen und sie für ihre eigenen Zwecke gebrauchen. Im konkreten Fall führt das noch weiter bis zum Verbrauch von Embryonen. Im Spannungsfeld dieser Kontroverse soll sich nun die Gesellschaft positionieren und eine Weichenstellung für die Zukunft vornehmen, die zweifelsohne das Wohl oder die Probleme der Folgegenerationen mitentscheiden wird.

### Zum Begriff des Status quo, des Rechtsstatus und des moralischen Status des Embryos

Es geht in dieser Kontroverse, wie auch in diesem Aufsatz um den Status des Embryos, um die Frage also nach seiner Stellung innerhalb der menschlichen Gemeinschaft. Und hier scheint es angebracht und sogar notwendig genau zu differenzieren. Einerseits kann man die Stellung des Embryos innerhalb der Gesellschaft bezeichnen; das ist seine konkrete Lage, die er de facto einnimmt. Sie definiert sich anhand der Verhaltensmuster der Solidargemeinschaft einem ungeborenen Menschen gegenüber. Man könnte sie als *Status quo* bezeichnen. Der Status quo entwickelt und strukturiert sich und steht in Beziehung zur rechtlichen Lage. Der *Rechtsstatus* des Embryos beschreibt die Rechte, die eine Gesellschaft bzw. der Gesetzgeber dem Embryo zuerkennt und die Pflichten ihm gegenüber, die den anderen Mitgliedern der menschlichen Gemeinschaft auferlegt werden. Diese Rechte und Pflichten bedürfen einer Begründung. Hier kommt die Frage nach der ontologischen Verfasstheit und der Identität des Embryos auf. Von ihrer Antwort leitet sich ab, welche Rechte dem Embryo per se zukommen und durch die anderen anerkannt und geschützt werden sollen. Das ist der *moralische Status*. Über ihn sollte sich die Solidargemeinschaft nicht hinwegsetzen. Das bedeutet, dass sie gebunden ist, jene Rechte, die mit der ontologischen Verfasstheit unzertrennlich verbunden sind, auch anzuer-

kennen und darüber hinaus auch zu garantieren. Das ist mehr als bloße Zuschreibung von bestimmten Rechten. Mit einem Wort, der moralische Status des Embryos ist der Maßstab, an dem sich der Handlungsspielraum und der gesetzliche Rahmen orientieren müssen. In der Folge sollen diese drei Aspekte des Status des Embryos untersucht werden. Es wird vor allem der Frage nachgegangen, ob eine Differenzierung des *Status quo* oder des *Rechtsstatus* zwischen Embryonen in utero und Embryonen in vitro auch mit einem unterschiedlichen moralischen Status des Embryos begründet werden kann.

### Der Embryo in utero<sup>1</sup>

Ob und in wieweit Embryonen zu Versuchszwecken verbraucht werden dürfen, stand bislang (bis zum Ende des 20. Jahrhunderts) nicht zur Debatte. Der Anfang des Menschseins verlief naturgemäß und ausnahmslos im Verborgenen. Die Kombination des Erbgutes ist dabei dem „Zufallsprinzip“ unterworfen. Männliche und weibliche Erbsubstanz verschmelzen und bilden eine absolut einzigartige neue Kombination, eine Basis auf genetischer Ebene für ein Individuum der menschlichen Natur, das sich in einem bestimmten historischen, soziokulturellen Kontext entwickelt und sein Dasein entfaltet. Die ersten Wochen und Monate seiner Entwicklung verbringt der Mensch in der dunklen Geschütztheit des Mutterschoßes. Seine Existenz spielte sich am Beginn „unter Ausschluss der Öffentlichkeit“ ab. Erst später kündigen die Zeichen fortgeschrittener Schwangerschaft der Umwelt an, dass es Zuwachs geben wird. Die Frau ist die erste, die die Gegenwart ihres Kindes erahnt. Mit der Gewissheit ihrer Mutterschaft beginnt normalerweise auch die erste Bejahung eines Menschen durch andere. Der Embryo, und später der Fötus ist von der Mutter abhängig und kann sich nur innerhalb dieser intimen physisch-psychischen Beziehung entwickeln.

Vorerst sind es die Eltern, streng physisch betrachtet nur die Mutter, die durch ihre Zustimmung das beginnende Leben schützt. Sie garantiert das Lebensrecht des Embryos. In seltenen Fällen, wenn die Mutter das Kind nicht will und nicht in der Lage ist, das notwendige Wohlwollen aufzubringen, kann sie die Tötung des Embryos veranlassen. In den meisten Staaten ist dieser Tatbestand gesetzlich verboten. Zahlreiche Länder haben den Lebensschutz des ungeborenen Kindes gelockert und unter Beibehaltung des Verbotes die Strafen für eine Abtreibung ausgesetzt. Es wird argumentiert, dass der gesetzliche Schutz des Embryos im Ernstfall gegen den Willen der Mutter, selbst unter Strafandrohung nicht wirksam ist. Daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass der Embryo prinzipiell keinen Schutz genieße. Ganz im Gegenteil: von dieser Ausnahmesituation abgesehen, ist für die Umwelt der Zugriff auf den Embryo in utero verwehrt. Einzige „Schwachstelle“ bleibt der Wille der Mutter: diese muss das Kind bejahen. Will die Frau das Kind nicht haben, kann sich der Vater im Alleingang nicht behaupten.

Erst durch die Geburt erfährt die Umwelt des Kindes eine entscheidende Erweiterung. Der Lebensschutz, der während der Schwangerschaft der Mutter alleine anheim gestellt war, wird fortan von der Gemeinschaft getragen. Auch die Umwelt erwartet das Kind mit Interesse, um es als neues Mitglied in die Solidargemeinschaft aufzunehmen. Noch viele Jahre lang bedarf der heranwachsende Mensch des Schutzes durch andere.

Das Entwicklungsstadium des Menschen bei seiner Geburt ermöglicht, physiologisch gesehen das Überleben außerhalb des Mutterleibes. Psychologisch betrachtet fördert die bereits weit fortgeschrittene Ausbildung der menschlichen Formen den Instinkt, das Kind zu schützen und vor ungebührlichen Zugriffen zu bewahren. Dem geborenen Kind begegnet die Gesellschaft gewöhnlich mit Wohlwollen und Zuneigung. Dem Ungeborenen gegenüber, dessen Gestalt noch unförmig und

im Mutterschoß verborgen ist, gibt es keinen ausgeprägten Instinkt: ihm kann leichter die notwendige Distanzierung entgegengebracht werden, die in der Folge zum Abbruch der Schwangerschaft und Vernichtung des ungeborenen Lebens führt.

## Der Embryo in vitro

Ganz anders stellt sich die Situation des Embryos in vitro dar. Er wird im Labor unter Aufbietung technischer Unterstützung „hergestellt“. Seine ersten Momente verlaufen bei Tageslicht. Das bedeutet mehr als die Entmythologisierung eines Vorgangs, der normalerweise der Betrachtung nicht zugänglich ist. Man kann auf ihn schauen, seine Entwicklung beobachten, kontrollieren und ihn auch manipulieren.

Das Reagenzglas bedeutet Ungeschützttheit. Von allem Anfang an bietet die Existenz des Embryos in vitro eine breite Angriffsfläche für andere Personen, die mit ihm in Berührung kommen: für den Arzt, die medizinisch technische Assistentin, für den Laboranten, bis hin zum Reinigungspersonal in den respektiven medizinischen Einrichtungen. Sie alle haben de facto Zugriff auf den Embryo in vitro. Weiters können auch die Eltern entscheiden, ob sie ihn wollen oder nicht. Ist letzteres der Fall, sinken seine Überlebenschancen auf null.

Es kommt zur Verdinglichung des menschlichen Embryos, der im Labor hergestellt wurde: Er wird zum Objekt und über ihn haben alle Verfügungsgewalt, die mit ihm in Berührung kommen. Dem Embryo im Reagenzglas wird vorerst kein Lebensschutz garantiert. Seine Individualität als Mensch wird in der allerersten Entwicklungsphase nicht anerkannt. Die Vorgangsweisen, mit der Embryonen im Labor behandelt werden, machen das mehr als deutlich.

1. Üblicherweise werden mehrere Embryonen erzeugt, und mindestens drei werden in die Gebärmutter transferiert, um die Chancen einer Lebendgeburt zu verbessern. Man kann es auch so ausdrücken: es wird nicht „das“ Kind

in vitro erzeugt, sondern mehrere Embryonen, damit wenigstens ein Kind geboren wird. Die Erfolgchancen durch das Verfahren der IVF ein Kind zu bekommen, liegen selbst in den spezialisierten Zentren nur bei 20-25%. Wissenschaftler beklagen, dass es da keinen echten Fortschritt gibt. Nur jeder 15. Embryo, der transferiert wird, überlebt und kommt als Kind auf die Welt. Entsteht aber, entgegen den ursprünglichen Absichten (erwünscht ist ja immer nur 1 Kind) eine Mehrlingsschwangerschaft, wird in einigen Zentren die Möglichkeit angeboten, die Zahl der Feten zu reduzieren. Weil das Risiko einer Geburtskomplikation bei Zwillingsgeburten stark ansteigt, wird der selektive Fötizid in Erwägung gezogen. Nicht alle Eltern entscheiden sich dafür, und akzeptieren das Risiko, statt einem gesunden Kind zwei oder drei Kinder zu bekommen, die möglicherweise krank sind. Jüngst veröffentlichte retrospektive Daten über das Outcome der IVF und die Gesundheit der Kinder zeigen, dass die erhöhten perinatalen Komplikationsraten auf die häufigen Mehrlinsschwangerschaften durch IVF zurückzuführen sind.<sup>2</sup>

2. Die Vorgangsweise in manchen Ländern besteht darin, zusätzlich zu den 3 Embryonen noch andere „herzustellen“, die aber vorerst nicht transferiert werden sollen. Sie sind die Reserve für weitere Versuche. Diese Embryonen haben von Anfang an ein ungewisses Schicksal: sie werden tiefgefroren, um auf der Ersatzbank zu warten, bis sie gebraucht werden. Sollen sie später nicht mehr für Transferzwecke bereit gehalten bleiben, dann werden sie nach einer bestimmten Frist (1 Jahr, 5 Jahre, 10 Jahre) verworfen. Anderenfalls gibt es auch die Möglichkeit, nicht gebrauchte Embryonen für Versuchszwecke freizugeben. So, argumentiert man, bekommen jene Embryonen wenigstens im Nachhinein noch einen guten Zweck, indem sie der medizinischen Forschung zu Diensten stehen.

3. Embryonen in vitro werden grob morphologisch auf ihre Qualität hin geprüft, bevor sie für die Implantation freigegeben wer-

den. In bestimmten Ländern kommt zunehmend die Präimplantationsdiagnostik (PID) zur Anwendung. Nach Ablauf der ersten Teilungen wird eine Zelle aus dem Verband gelöst und auf genetische Merkmale hin untersucht. Diese Qualitätsprüfungen verfolgen eine positive, wie eine negative Selektion. Einerseits wollten Wissenschaftler und Eltern durch diese Überprüfungen Kinder mit ganz bestimmten Merkmalen zur Geburt bringen: die Designerbabys. Mehrfach wurde berichtet, dass durch diese Kinder eine geeignete Therapie für bereits lebende, kranke Geschwisterkinder bereitgestellt werden konnte. Es geht dabei um die „(Er-)Zeugung“ geeigneter Knochenmarkspender.<sup>3</sup> Trotz international zugänglicher Knochenmarksbanken, und zuletzt auch Nabelschnur-Stammzellbanken, vereiteln Unverträglichkeitsreaktionen die Wirksamkeit der therapeutischen Bemühungen. Die nahen Verwandtschaftsverhältnisse und die ganz gezielt ausgewählten genetischen Merkmale des erzeugten Babys geben Aussicht auf Therapieerfolg des kranken Geschwisterkindes.

Andererseits hat der forensische Druck vergangener Richtersprüche nach der Geburt missgebildeter Kinder dem Sicherheitsdenken enormen Vorschub geleistet. Die PID wird in diesen Fällen zur Absicherungsstrategie für Embryonenerzeuger und Eltern: das Ergebnis der „Produktion“ eines in vitro erzeugten Embryos soll sein, dass dieser auch wirklich „einwandfrei“ ist. Er wird kontrolliert und nach bestimmten Kriterien beurteilt. Genetische Menschen-Qualitätskriterien kommen dabei zur Anwendung.

Nicht in allen Staaten kommt diese Vorgangsweise zur Anwendung. In Deutschland wird vorerst nur diskutiert, wobei man sich wiederholt gegen eine PID-Zulassung ausgesprochen hat. Die Bundesärztekammer hätte für den möglichen Fall der Zulassung eine sehr strenge Vorgangsweise geplant, die nur in ganz seltenen ausgewählten Fällen zur Anwendung kommen dürfe. Die Liste der Krankheiten für die Rasterfahndung der Embryonalzellen ist aber nicht unproblematisch, denkt man bei-

spielsweise daran, welchen Affront die Auflistung der Störungen für jene Menschen darstellen muss, die gerade an diesen Krankheiten leiden. In Zukunft werden Personen ihrer Art (mit dieser Krankheit) zum Leben nicht mehr „zugelassen“.

In anderen Ländern geht das „Angebot“ an IVF gegenüber Eltern bereits weiter. Spezielle fortpflanzungsmedizinische Zentren bieten die Geschlechtsauswahl an: entweder werden nur männliche, oder nur weibliche Embryonen transferiert. Neuerdings wurde auch ein Verfahren entwickelt, das vor der Befruchtung selektiert: x-tragende Spermien werden von y-tragenden getrennt. Die Befruchtung wird dann durch den vorher „gereinigten“ Samen durchgeführt.

4. IvFertilisierungen werden mancherorts (England, Schweden, Niederlande, siehe Anhang) auch rein zu Forschungszwecken durchgeführt. Dem Konzept nach werden diese Embryonen bloß zu wissenschaftlichen Zwecken produziert und genießen keinen Lebensschutz. Ihre Aufgabe besteht rein in ihrer Zweckdienlichkeit, gezielte Forschung zu ermöglichen und den Wissensstand zu erweitern.

## Der Rechtsstatus

Der Status quo ist zwangsläufig ein Spiegel des Rechtsstatus, weil nur gemacht werden kann, was erlaubt, bzw. nicht verboten ist, und der Status quo wiederum dient auch als Bezugspunkt für die gesetzlichen Regelungen. Aus den Erläuterungen geht deutlich hervor, dass sich der Status quo des Embryos in vitro in wesentlichen Punkten von jenem innerhalb des Mutterleibes unterscheidet. Die ersten Entwicklungen und Erfolge der Fruchtbarkeitsmedizin vor etwa 20 Jahren und die vordem nicht gekannte Verfügbarkeit über menschliche Embryonen und Geschlechtszellen haben die Festmachung durch gesetzliche Regelungen notwendig gemacht. Die erste Welle der Gesetzeserlässe fand vor 10-15 Jahren statt.

Zum ersten Mal wird deutlich, dass zwischen Embryonen „normaler“ Konzeption und künstlich befruchteten Embryonen im Reagenzglas unterschieden wird. Bestimmte Rechte des Nasciturus werden im Fall der ivEmbryonen nur unter definierten Bedingungen anerkannt. Der wichtigste empirische Unterschied zwischen den beiden ist die Ungeschütztheit des Embryos in vitro. Er wird bewusst dem Zugriff anderer Menschen und der Forschung ausgesetzt, und innerhalb eines abgesteckten Rahmens gesetzlich sanktioniert.

Obwohl sich der Großteil der Gesetzesregelungen für den Schutz des Embryos in vitro verbürgt und für seine Würde garantieren will, gibt es „Schlupflöcher“, die auf gesetzlichem Boden eine Abstufung des Würdeschutzes vornehmen und eine Ungleichstellung bewirken. Der deutsche Gesetzgeber sieht in seinen strengen Bestimmungen vor, dass nur so viele Embryonen in vitro erzeugt werden dürfen, wie danach implantiert werden. Trotzdem gibt es einen offiziellen Bestand von mehreren dutzenden Embryonen, die nicht zur Implantation gekommen sind, weil die Mutter plötzlich krank wurde oder verstarb oder ein anderer gewichtiger Grund gegen die Implantation sprach. Selbst bei den strengsten Regelungen, kommen überzählige Embryonen vor, deren Schicksal ungewiss ist. In vielen anderen Ländern ist der Gesetzgeber aber viel weitergegangen.

1. Mehrere gesetzliche Regelungen gewähren dem Embryo in vitro keinen unbedingten, sondern nur einen abgestuften Schutz.<sup>4</sup> Überzählige Embryonen können bis zum 14. Lebenstag an die Forschung weitergegeben werden, wie es mindestens 7 nationale Gesetzgeber vorsehen. Die Schutzwürdigkeit hängt vom Lebensalter (bis zum 14. Tag ungeschützt), vom Wohlwollen der Entscheidungsträger, von den konkreten Umständen und der technischen Machbarkeit ab. Beispielsweise schreibt der österreichische Gesetzgeber ein (einzigartiges) „Tötungsgebot“ für tiefgefrorene Embryonen nach Ablauf eines Jahres vor. Die Solidarge-

meinschaft lässt also für die Bewertung des Lebensschutzes von Embryonen in vitro eine Güterabwägung zu. Die Interessen der Umgebung werden gegen die Überlebensinteressen des unbewussten Nicht-Geborenen abgewogen. Die Verdinglichung des Embryos in vitro ist im Rechtsstatus quasi festgeschrieben.

2. Über den Embryo in vitro erlangen legitimiert zahlreiche Menschen Verfügungsmacht, obwohl sie in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zu ihm stehen. Nicht alle Verfügungsmöglichkeiten garantieren die Überlebensinteressen des Embryos: Kryokonservierung, Verwerfung nach einer bestimmten Frist, in einigen Fällen Verbrauch aus Wissenschaftszwecken etc. Wenigstens hohe Risiken für Gesundheit (Kryokonservierung), oder sogar die Vernichtung des beginnenden Lebens sind die Folge. Darf paternalistisches Verhalten die Auslöschung menschlichen Lebens anstreben und, wenn ja, kann es verantwortet werden?

3. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass der Embryo in vitro kontrolliert und überprüft werden muss bevor er ausgewählt und implantiert oder kryokonserviert werden kann. Im Falle der PID werden zusätzlich bestimmte Qualitätsmaßstäbe angewandt, was Selektion bedeutet. Der Lebensschutz für Embryonen im Reagenzglas wird an willkürliche, fremdbestimmte Qualitätskriterien gebunden.

Bei der Einführung der IVF wurde eine derartige Entwicklung sicher nicht beabsichtigt, breit gesteckte Paragraphen und ungezügelter Forscherdrang haben in nur wenigen Jahren aber weiter geführt, als anfangs erahnt werden konnte. Dazu kommt, dass strenge Gesetzgebungen, wie etwa die deutsche Regelung, bereits nach 10 Jahren durch den massiven Druck einiger Wissenschaftler und der gezielt manipulierten öffentlichen Meinung neuerdings Diskussionsgegenstand geworden sind. Die Entscheidung des dt. Bundestages vom 30. Jänner 2002 hat die Möglichkeit der embryonenverbrauchenden Forschung ausgeschlossen, obwohl diese zur Wahl gestellt wurde. Embryonale Stammzellen, die im ei-

genen Land nicht hergestellt werden dürfen importiert werden. Auch die österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie hat in einer Deklaration verlangt, viele strenge Bestimmungen zu lockern (Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für kryokonservierte Embryonen auf 10 Jahre, Zulassung von PID, Forschung an Embryonen).<sup>5</sup> Neidvoll wird auf liberalere Länder geblickt, die größere Freiheiten für die Forschung bieten. Die öffentliche Debatte hat verdeutlicht, dass in unserer pluralistischen Gesellschaft die Forschungsfreiheit über Werten gehandelt wird, die das Lebensrecht des unentwickelten Ungeborenen im Reagenzglas prinzipiell schützen. Die künstliche Befruchtung wird bereits seit Jahren von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen. Die Skepsis der anfänglichen Gegner ist zum Teil geschwunden und vornehmlich aus der öffentlichen Meinung ausgeblendet. Im Rückblick auf etwa 20 Jahre, die seit ihrer Einführung verstrichen sind, sprechen die Erfahrungen nicht nur von Triumphen (zum Teil gekonnt medial inszeniert und gefeiert), wie etwa die Erfüllung des Kindeswunsches (durch entzückende Babyfotos belegt), die weltweit bereits 1 Millionenmal gelungen ist.<sup>6</sup> Im Gegenteil, die Verfügbarmachung des Embryos wird teuer bezahlt und kommt einer berühmt gewordenen Analogie des Deutschen Bundeskanzlers Rau dem Überschreiten des „Rubikons“ gleich.<sup>7</sup> Ein breites unüberschaubares und zum Teil unlösbares Geflecht bioethischer und biopolitischer Probleme ist die Folge. Immer häufiger sieht sich die Gesellschaft vor Situationen gestellt, die Aporien, echten Ausweglosigkeiten gleichkommen, weil ganz gleich, wie man es dreht und wendet, keine ethisch saubere Lösung mehr gefunden werden kann. Man erinnere sich beispielsweise an den Bericht von den vertauschten Embryonen, die irrtümlich der „falschen“ Mutter eingesetzt wurden;<sup>8</sup> an den heißen Sommer des Jahres 1996, in dem England an die 3.000 elternlose Embryonen aus der Kryokonservierung in die Verwerfung über-

führte,<sup>9</sup> an den verzweifelten Fallbericht aus den USA, wo eine Leihmutter ein Kind ausge- tragen hatte, dessen biologische Eltern sich mittlerweile scheiden haben lassen, wonach keiner mehr Interesse an dem Neugeborenen hatte, an das Zwillings-Baby nach IVF, das wegen einer Geburtsschädigung von den Eltern abgelehnt und nicht mit nach Hause ge- nommen wurde, an die „Aufopferung“ zahl- reicher gesunder Embryonen, bis das Desi- gnerbaby erzeugt wird<sup>10</sup> etc.

### Der moralische Status des Embryos in vitro

Aus dieser Analyse geht also hervor, dass das unterschiedliche Verhalten der Gesell- schaft Embryonen in utero und in vitro gegen- über nicht Folge einer Missachtung der Ge- setze ist, sondern wesentlich auf den unter- schiedlichen Rechtsstatus zurückzuführen ist, den ihnen die Gesellschaft zugewiesen hat. Die Frage ist nun, ob auch im moralischen Status eine Unterscheidung gemacht werden kann, die die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen könnte.

In dieser Frage sind zwei ethische Traditio- nen vorherrschend: zunächst die in PLATO und ARISTOTELES beginnende Ethikströmung, die im Laufe der Geschichte ganz besonders von AUGUSTINUS und THOMAS VON AQUIN ausgearbei- tet und vertieft wurde und heute noch dank namhafter zeitgenössischer Vertreter wie MCINTYRE, GRISEZ, RHONHEIMER, SCHOCKENHOFF, FINIS, PÖLTNER, SPAEMANN u.a. unser Denken mitprägt. Für die Ethiker dieser Tradition ist der moralische Status des Menschen an den Personenbegriff gebunden: Person ist jede in- dividuelle, vernunftbegabte Natur. Wesentlich an ihr ist die Unabwägbarkeit ihrer Würde. Im Würdebegriff trifft sich diese ethische Leh- re mit KANT. Seiner Auffassung gemäß wider- spricht es der Würde des Menschen, verding- licht zu werden. Es steht ihm zu, um seiner selbst willen geachtet, respektiert und geliebt

zu werden. Er schreibt: „Im Reich der Zweck- ke hat alles entweder einen Preis, oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent ge- setzt werden. Was über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstatet, das hat eine Würde.“<sup>11</sup> Der Mensch kann also nicht aufgewogen werden. Kein Preis kann jemals hoch genug sein. Sein Wert ist unermesslich, weil er Würde hat. Daraus, so schließt wie- derum KANT, leitet sich der praktische Impe- rativ ab: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person ei- nes anderen jederzeit zugleich als Zweck, nie- mals bloß als Mittel brauchest.“<sup>12</sup> Für diese zwei großen ethischen Traditionen unseres Kulturkreises besteht der moralische Status des Menschen darin, Träger einer unermesslichen und daher unabwägbaren Würde zu sein. Dies bedeutet, dass der Mensch Adressat unbeding- ter Verpflichtungen von Seiten der Mitmen- schen und Träger unbedingter Rechte, wie etwa des Rechtes auf Leben und des Selbst- bestimmungsrechtes ist.<sup>13</sup>

Die Kernfrage ist nun, ob für den menschli- chen Embryo der gleiche moralische Status gelten soll, obwohl er ganz offensichtlich nicht die gleiche moralische Fähigkeit besitzt wie ein Erwachsener. Der Embryo ist ja zur Selbst- bestimmung nicht fähig. Die Argumentationen oben zitierter Traditionen behaupten, dass auch der Embryo Träger der unabwägbaren Würde und daher Adressat von unbedingten Pflichten und entsprechenden unbedingten Rechten ist. Der moralische Status ist empi- risch nicht feststellbar, weil er keine empiri- sche Größe ist. Das heißt hier ganz konkret, dass die Menschenwürde nicht an das Vorhan- densein von irgendwelchen Eigenschaften, wie etwa das Bewusstsein, gebunden ist.<sup>14</sup> ENSKAT hat eindeutig aufgezeigt, dass eine Reduktion des moralischen Status auf die mora- lische Fähigkeit ein unbegründeter naturali- stischer Fehlschluss ist.<sup>15</sup> Dieser wird meist in der Argumentation begangen, die sich auf KANT berufen und dem Embryo keine unbe-

dingten Rechte anerkennen wollen.<sup>16</sup> „Die Identität, die ein Mensch in seiner embryonalen Gestalt mit einem Adressaten einer unbedingten Verpflichtung und Träger des korrespondierenden unbedingten Rechtes innehat, ist daher unabhängig davon, ob dieser Mensch in seiner erwachsenen Gestalt diese Identität wahrnimmt oder nicht, und ebenso unabhängig davon, ob er durch seine Entwicklung überhaupt die Chance erhält oder nicht, ein Reifenniveau seiner Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kräfte zu erlangen, das ihm erlaubt, diese Identität wahrzunehmen(...). Die Unabhängigkeit dieses moralischen Status von allen entwicklungsabhängigen Faktoren führt daher zur Einsicht, dass ein Mensch diesen Status schon seit dem frühesten Zeitpunkt seiner embryonalen Existenz innehat.“<sup>17</sup> PÖLTNER drückt es so aus: „Es hat nicht *etwas* zu sein angefangen, was dann zu *Jemand* geworden ist. Jemand, der sich selbst und anderen verborgen ist, hat angefangen und kommt zu sich. Sonst hätten unsere Eltern nicht und selbst gezeugt, sondern Etwas, was sich zu uns selbst entwickelt hat.“<sup>18</sup>

Mit einem Wort: Person und daher Träger unabwägbarer Menschenwürde ist jedes Individuum der Spezies Mensch, unabhängig davon, ob er seine prinzipiell zukommende moralische Fähigkeit noch entwickeln muss (Embryo), zwischenzeitlich nicht aktualisiert (Mensch in Schlaf oder Koma) oder nicht mehr aktualisieren kann (Demenz). Eine Einschränkung der Menschenwürde in den Perioden der nicht aktualisierten moralischen Fähigkeit entbehrt jeder konsistenten Grundlage und widerspricht den wohlbegründeten Argumenten der Potentialität<sup>19</sup>, Identität<sup>20</sup> und Kontinuität.<sup>21</sup>

Diese Überlegungen klären auch die Frage, ob der Embryo in vitro einen anderen moralischen Status besitzt, als der in utero, was eindeutig mit nein zu beantworten ist. Die äußeren Umstände seiner Entstehung – Erzeugung im Labor (vgl. Aufzählung beim Abschnitt Rechtsstatuts des Embryo in Vitro) – widersprechen und verletzen seine Würde und verändern sein Status (statt Träger von Rechten und

Pflichten zu sein, Verdinglichung des Embryos). Stichhältige Hinweise für einen nicht-personalen Status bleiben sie schuldig.

Der unterschiedliche Rechtsstatus der Embryonen bewirkt eine Aufteilung der erwachsenen Menschen in zwei Klassen. Die einen, die ihr Leben einzig der mehr oder weniger vollkommenen Liebe der Eltern verdanken und jene anderen, deren Entstehung nur durch Samen- und Eispende und eventuell dank einer Leihmutter geschehen konnte. Sie überlebten ihren Erzeugungsprozess nur, weil andere Beteiligte eine explizite Entscheidung getroffen haben, sie nicht zu töten, obwohl sie das Recht dazu gehabt hätten. Diese Zweiteilung der Menschheit, die bis in die tiefsten Wurzeln des Seins reicht, widerspricht unserem moralischen Empfinden und verstößt gegen den Gleichheitsgrundsatz. Analog dazu spricht sich auch HABERMAS gegen die asymmetrische Beziehungsstruktur aus, die notwendigerweise zu menschlichen Individuen entstehen, die gentechnisch manipuliert wurden.<sup>22</sup>

## Schlussbemerkung

Der moralischen Status des Embryos in vitro und in utero lässt eine Unterscheidung nicht zu. Innerhalb und außerhalb des Mutterleibes ist er der gleiche. Selbst wenn die schützende Hülle des Uterus fehlt und die ersten Entwicklungsschritte der Betrachtung zugänglich sind, handelt es sich, gleich wie beim Embryo im Mutterschoß, um einen Menschen in seinen allerersten Daseinsmomenten. Der empirische Unterschied ist groß und besteht nicht nur in der Unschützbarkeit und konsekutiven Verdinglichung des einen im Vergleich mit dem anderen, sondern in der Verletzung der Menschenwürde, die bereits mit der Anwendung der Technik beginnt. Die Erzeugung von Menschen im Reagenzglas wird somit prinzipiell in Frage gestellt. Weil er nicht geschützt werden kann und weil die Erzeugung seiner Würde immanent wider-

spricht, sollte der Mensch in vitro nicht hergestellt werden.

## Anhang: Embryonengesetze im Vergleich

Die Embryonenforschung wird in Europa sehr uneinheitlich gehandhabt. Einige Staaten haben noch keine rechtlichen Regelungen. Beispielsweise in Deutschland und Irland gelten strikte Verbote, in Großbritannien und Schweden hingegen liberale Bestimmungen.

**Belgien:** Zwei Gesetzesentwürfe liegen vor, zur Forschung an und zum Schutz von Embryonen. Geplant sind Verbote des therapeutischen Klonens und der Erzeugung von Embryonen für die Forschung. Dagegen soll Forschung an überzähligen Embryonen unter bestimmten Bedingungen erlaubt werden: Sie dürfen nicht älter als 14 Tage sein.

**Dänemark:** Reproduktives und therapeutisches Klonen sind untersagt. Forschung an Embryonen ist unter zwei Bedingungen erlaubt: zur Verbesserung von Techniken der IVF und der Präimplantationsdiagnostik (PID). Überzählige Embryonen dürfen nicht benutzt werden. Geforscht werden darf nur an In-vitro-Embryonen vor der Einpflanzung, sie dürfen aber nicht älter als 14 Tage sein.

**Deutschland:** Die Forschung an Embryonen und die Herstellung von embryonalen Stammzellen (ES) sind durch das 1992 erlassene Embryonenschutzgesetz verboten. Ebenso sind reproduktives und therapeutisches Klonen untersagt. Am 30. Januar 2001 wurde der Import von ES erlaubt.

**Finnland:** Reproduktives und therapeutisches Klonen sind verboten. Seit 1999 ist die Forschung an Embryonen bis zum 14. Tag gesetzlich erlaubt, Embryonen können bis zu 15 Jahre lang eingefroren werden. Ihre Herstellung zu reinen Forschungszwecken ist verboten. Für die Herstellung von ES gibt es keine Bestimmungen.

**Frankreich:** Reproduktives Klonen ist ver-

boten. Seit 1994 ist die Forschung an Embryonen nur unter Auflagen erlaubt: Sie muss fortpflanzungsmedizinischen Zwecken dienen. Auch die Herstellung von Embryonen darf nur zu Fortpflanzungszwecken erfolgen. An ES darf grundsätzlich geforscht werden. Debattiert wird, ob aus überzähligen Embryonen Stammzellen gewonnen und therapeutisches Klonen erlaubt werden sollen.

**Griechenland:** Es gibt keine gesetzlichen Regelungen. Reproduktives und therapeutisches Klonen sind gemäß einer Erklärung der allgemeinen Gesundheitsbehörde untersagt. Embryonenforschung ist bis zum 14. Tag nach der Befruchtung zulässig. Empfohlen wird, überzählige Embryonen zu lagern. Sie können zu Forschungszwecken gespendet werden.

**Großbritannien:** Seit 1990 ist Forschung an Embryonen bis zum 14. Tag aus fünf Gründen erlaubt, etwa zur Verbesserung von IVF und PID. Im Januar 2001 kam die Erlaubnis zum therapeutischen Klonen mit bestimmten Zielsetzungen hinzu: um mehr Wissen über die Entwicklung von Embryos zu erlangen und zur Entwicklung von Therapien für schwerwiegende Erkrankungen. Die Lizenzierung von Forschungsprojekten obliegt der 1990 eingerichteten Behörde Human Fertilization and Embryology Authority. Reproduktives Klonen wurde verboten.

**Irland:** Die Forschung an Embryonen ist implizit verboten und somit auch das therapeutische und reproduktive Klonen.

**Italien:** In der neuen gesetzlichen Regelung (Juni 2002) wird jede Art des Klonens und das Experimentieren an Embryonen in vitro ausdrücklich verboten.

**Luxemburg:** Ein Gesetzesentwurf verbietet therapeutisches Klonen und die Zeugung zu anderen Zwecken als der Fortpflanzung. Er erlaubt die Verwendung überzähliger Embryonen zu Forschungszwecken nur, wenn sie den Embryo nicht schädigen. Die Kommission für Medizin und Reproduktionsbiologie muss der Forschung zustimmen.

**Niederlande:** Ein Gesetzesentwurf geneh-

ingt die Forschung an Embryonen, die jünger als 15 Tage sind, und auch die Gewinnung von ES daraus. Zudem ist die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken unter bestimmten Auflagen genehmigt. Forschung an überzähligen Embryonen wird jedoch vorgezogen. Reproduktives Klonen ist verboten.

**Österreich:** Das österreichische Gesetz zur reproduktiven Medizin besagt, dass Zellen mit Entwicklungspotenzial und Embryonen ausschließlich zu Fortpflanzungszwecken verwendet werden dürfen. Experimentieren an menschlichen Embryonen ist untersagt.

**Portugal:** Derzeit bestehen keine gesetzlichen Regelungen. Ein Gesetz zur Reproduktionsmedizin scheiterte 1998 am Veto des Staatspräsidenten. Bestimmungen zur Embryonenforschung und ein Verbot des reproduktiven Klonens sind geplant.

**Schweden:** Reproduktives Klonen ist untersagt. Seit 1991 ist Forschung an Embryonen bis zum 14. Tag erlaubt, ebenso ihre Herstellung zu Forschungszwecken. Nach 14 Tagen müssen sie zerstört werden, die Implantation befruchteter Embryonen ist ausdrücklich verboten. Der nationale schwedische Wissenschaftsrat befürwortet therapeutisches Klonen sowie die Forschung an ES.

**Schweiz:** Der Schweizer Nationalfonds hat am 28. September 2001 die Förderung eines Forschungsprojektes mit importierten embryonalen Stammzellen bewilligt. Vorausgegangen war die Empfehlung eines Expertengremiums. Der Schweizer Nationalfonds hat nun den Gesetzgeber aufgefordert, die Herstellung menschlicher Stammzellen aus überzähligen Embryonen zu regeln. Klonen ist bislang verboten.

**Spanien:** Die Regelungen für sind sehr kompliziert. Reproduktives und therapeutisches Klonen sind untersagt. Forschung an lebensfähigen Embryonen ist bis zum 14. Tag erlaubt, sofern sie therapeutischen, diagnostischen oder präventiven Zwecken dient. Forschung an nicht lebensfähigen oder toten Embryonen aus der Reproduktionsmedizin ist unter be-

stimmten Voraussetzungen erlaubt, ebenso wie die Forschung an abgetriebenen Embryonen, die älter als 14 Tage sind. Forschung an embryonalen Stammzellen (ES) ist nicht ausdrücklich verboten.

Quelle: Die Zeit, Wissen 05/2002, durch die Autorin aktualisiert.

#### Referenzen

1. In diesem Beitrag wird von der wohlbegründeten Annahme ausgegangen, dass der Embryo ab seiner Entstehung – Verschmelzen von Ei- und Samenzelle – als Individuum seinen Anfang genommen hat.
2. Vgl. HANSEN, M. et al., *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization*, NEJM (2002) 10; WINSTON, R.M.L., HARDY, K., *Are we ignoring potential dangers of in vitro fertilization and related treatments?* Nature Cell Biology & Nature Medicine Fertility Supplement (2002), 14- 18
3. Vgl. *Britisches Designer-Baby in den USA gezeugt*, Presstext 16.10.2001
4. Siehe Anhang: Internationaler Vergleich der rechtlichen Regelungen
5. Vgl. Enquete „Fortpflanzungsmedizin-Ethik und Rechtspolitik“ im Österr. Justizministerium, 22.11.2000
6. Vgl. *Drillinge-die Schattenseite der Fortpflanzungsmedizin, Babys auf Rezept*, Spiegel 4/2002
7. Vgl. Berliner Rede des Bundespräsidenten RAU. In: IMAGO HOMINIS (2001) 2: S.155
8. Vgl. AUNER, N., *Wenn Menschen Menschen machen*, IMAGO HOMINIS (1997) 1: S.7-8
9. Vgl. Nachrichten. In: IMAGO HOMINIS (1996) 1
10. Vgl. Fußnote 3
11. KANT, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Philip Reclam (1984), S.87
12. KANT, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Philip Reclam (1984), S.79
13. ENSKAT, R., *Pro Identitätsargument*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.107
14. SPAEMANN, R., *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Klett-Cotta (1998); SPAEMANN, R., *Wer jemand ist, ist es immer*. In: GEYER, Ch., *Biopolitik. Die Positionen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (2001), S.73-81; PÖLTNER, G., *Die konsequentialistische Begründung des Lebensschutzes*. In: Zeitschrift für philosophische Forschung, Band 47, Heft 2 (1993): S.184-203 nd
15. ENSKAT, R., *Pro Identitätsargument*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.123
16. Vgl. z.B.: STOECKER, R., *Contra Identitätsargument: Mein Embryo und ich*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.129-145; BIRNBACHER, D., *Ethische Probleme der Embryonenforschung*. In: BECKMANN, J.P. (Hrsg.), *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*, De Gruyter, Berlin (1966),

- S.228; MERKEL, R., *Rechte für Embryonen?*, Die Zeit, Hamburg, 2001/05; HOERSTER, N., *Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay*, Reclam, Stuttgart (2002); SCHÖNE-SEIFERT, B., *Von Anfang an?*, Die Zeit, Hamburg, 2001/09; HARRIS, J., *Clones, Genes, and Immortality*, Oxford University Press (1998)
17. ENSKAT, R., *Pro Identitätsargument*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.124
  18. Vgl. PÖLTNER, G., Vortrag bei den Mariazeller Gesprächen, Oktober 2002
  19. WIELAND, W., *Pro Potentialitätsargument: Moralfähigkeit als Grundlage von Würde und Lebensschutz*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.149-168; PÖLTNER, G., *Die konsequentialistische Begründung des Lebensschutzes*. In: Zeitschrift für philosophische Forschung, Band 47, Heft 2 (1993): 184-203; RHONHEIMER, M., *Die absolute Herrschaft der Geborenen?*, Imabe-Studie, Wien (1995)
  20. ENSKAT, R., *Pro Identitätsargument*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S. 101-127
  21. HONNEFELDER, L., *Pro Kontinuumsargument*. In: DAMSCHEN, G., SCHÖNECKER, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Walter de Gruyter, Berlin (2002), S.61-81
  22. HABERMAS, J., *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Suhrkamp Verlag (2001)

## Medizinethischer Bericht über die Patientin Anna R.

Diese Krankengeschichte aus der Allgemeinpraxis wurde von einer staatsoffiziellen Stelle angefordert: Die beschriebene Patientin hatte sich, was zu ihrer Krankheit gehört, an die Ombudsfrau gewendet, weil, wie sie erklärte, keiner der verfügbaren Hausärzte bereit war, mit ihr eine ehrliche und anhaltende Patienten-Arzt-Beziehung durchzuhalten.

Die Patientin Frau Anna R. wurde unter Kollegen als „problematisch“ geschildert. Als der Arzt ihr einen Hausbesuch abgestattet hat, fand er folgende Situation vor: In einer nur mäßig gepflegten Wohnung ist eine sehr alt erscheinende Patientin allein zu Hause. Am Tisch ein Aschenbecher mit zahlreichen Zigarettenresten. Ein Laborbefundbericht, veranlasst von einem ärztlichen Kollegen, liegt am Tisch.

Die Patientin berichtet, dass sie bisher von einem pensionierten Kollegen betreut wurde. Sie hätte weitere Hilfe gesucht, um ihre „sekundäre Polyarthritis“ im Sinn einer Vermehrung ihres Pflegegeldes zu beweisen. Sie hätte eine Zuweisung in eine Rheumaambulanz von dem Vorgängerkollegen erbeten. Der hätte eine Laboruntersuchung veranlasst, aber sie in keine Spezialambulanz überwiesen.

Der Laborbefund am Tisch zeigt einen Harnsäurespiegel von 9,0 (stark erhöht). Die (ohnehin zweifelhaft beweiskräftigen) Rheumatests sind nicht erhöht: Die direkte Krankenuntersuchung bringt Zeichen der Arthrose an beiden Händen und vermutlich am Kniegelenk.

Die merklich beharrliche, wenn nicht unkorrigierbar zwanghafte Wesensveränderung der Patientin, die sehr rastlos und ohne klare Vorstellungen des erwartbaren Erfolges zur Befundung nach Lainz will, lässt den Arzt an eine Rentenneurose denken. Die geringe verbliebene Sprachfähigkeit mit häufigen Sprach-

wiederholungen völlig gleichartiger Wortfolgen legt Gedanken an eine durch Rauchen verstärkte Cerebralsklerose nahe. Die Patientin wirkt unruhig, eher positiv gestimmt und hyperaktiv. Andeutungsweise erzählt sie dem Arzt, dass der Vorgänger einen Streit mit ihr hatte. Sie ist ihm deswegen überaus böse und nicht geneigt, mit ihm Frieden zu schließen.

Der Arzt entscheidet sich unter den folgenden vermuteten Klassifizierungen zu den nachher genannten Handlungen:

1. senile Sklerose
2. Paranoide sowie schlicht ängstliche Züge; Züge einer Rentenneurose
3. wahrscheinlich Durchblutungsminderung, jedenfalls der Hirngefäße
4. Gelenkgicht
5. Arthrose, besonders der Fingergelenke
6. wesentlich reduzierte soziale Kommunikationsfähigkeit, Ratlosigkeit
7. Nikotinabusus

Ad 1., 3.: Der Arzt gibt eine Zuweisung zum Doppler der Halsgefäße beim Röntgenarzt in 250m Entfernung.

Ad 2., 4., 5.: Die Patientin erklärt, dass der Vorgänger ihr keine Gelegenheit für die Befundung nach Lainz gegeben habe. Sie wolle ihr Pflegegeld verbessern. Also weist sie der Arzt unter ausgiebigen Erklärungen zu. Sie soll ihre Erfahrungen machen, da sie nicht an die ärztliche Meinung glaubt. Der Arzt erklärt ihr den Arthrosebegriff und die Gichtdiagnose sowie die Gichtbehandlung.

Ad 2., 6.: Der Arzt ersucht die Patientin wegen schwerer Ängste ein besseres als das damals genommene Medikament zu nehmen und die enorme Zigarettenzahl durch ein Beruhigungsmedikament zu vermindern. Er schreibt ein Rezept für ein geeignetes Neuroleptikum.

Zum Abschluss ersucht der Arzt um eine Rückmeldung in seiner Ordination nach einer Woche. Er nimmt bewusst keinen Krankenschein, weil er keine so entfernte Patientin nehmen will, die nicht zu ihm gehen kann und ist daher durch freiwilligen Verzicht nicht honoriert.

In der Zwischenzeit dieser Woche erhält der Arzt zahlreiche Anrufe zu den ungewöhnlichsten Stunden, in denen die Patientin ersucht, sie wegen beliebiger Kleinigkeiten aufzusuchen. Sie will das verordnete Medikament nicht nehmen und sie will auch nicht zum Gefäßduppler gehen. Selbst die dringend von ihr angestrebte Untersuchung in Lainz, wegen derer sie sich mit dem Vorgänger zerstritten hatte, macht sie nicht. Selbstverständlich raucht sie noch immer wie vorher. Die Anzahl von Anrufen (meist zur späten Stunde) kostet bei der Ärztezentrale nun vermutlich mehr, als ein Krankenschein Honorar ergäbe.

Da die Patientin nicht das Geringste von

den Empfehlungen des Arztes angenommen hat und da sie sogar die von ihr selbst gewünschte medizinische Hilfe nicht durchführt, hält sie der Arzt für problembelasteter als sie bisher zeigt. Er erklärt ihr, dass medizinische Hilfe Zusammenarbeit braucht und ersucht sie, einen näheren Kollegen in Anspruch zu nehmen.

Es stellen sich folgende ethische Fragen:

\* Kann sich ein Arzt von einem Patienten so verwenden lassen, dass ihm dabei Schaden entsteht?

\* Darf die versuchte Heilbehandlung einer uneinsichtigen, aber gequälten Patientin mehr an Zeit und Geld kosten als die Kasse zahlen kann?

\* Wie ehrlich ist eine Patienten-Arzt-Beziehung, wenn der Arzt den Krankenschein noch nicht genommen hat?

\* Wie weit darf der Arzt den Ängsten und dem Wahn einer Patientin entgegenkommen, um zu helfen?

Wie wird uns die Patientin Anna R. in diesem Bericht präsentiert?

Eine alte Frau in einer nur mäßig gepflegten Wohnung, die offensichtlich kettenraucht, mit einer Gicht, mit arthritisch veränderten Gelenken, die Streit mit ihrem behandelnden Arzt hatte und mehr Pflegegeld möchte und den Arzt mit dem Wunsche konfrontiert, dass er sie in eine Rheumaambulanz überweisen möge.

Es ergibt sich das Bild einer eher unsympathischen, ungepflegten alten Frau, die querulativ und streitsüchtig veranlagt ist, und ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen möchte, um sie als Argumente für eine Pflegegelderhöhung benützen zu können. Der Bericht lässt nicht nur bei uns eine negative Stimmung gegenüber der Patientin aufkommen, sondern offensichtlich ist es auch dem behandelnden Arzt so gegangen.

Aus dem Bericht entnehmen wir, dass die Patientin Anna R. einen Arzt um einen Hausbesuch gebeten hat, wobei aufgrund des vorhandenen Berichtes nicht ganz klar ist, was die Patientin eigentlich von ihm wollte. Offensichtlich ist es aber dem Arzt auch nicht klar geworden, es entstand aber der starke Eindruck, dass die Patientin eine Überweisung in eine Spezialambulanz wollte und das dies der Grund für den angeforderten Hausbesuch sein könnte. Allerdings sucht die Patientin dann diese Abteilung gar nicht auf, dafür wird der Arzt wiederholt telefonisch ersucht, sie wegen Kleinigkeiten aufzusuchen.

In der Analyse dieses Falles muss man eigentlich zu dem Schluss kommen, dass die wahren Probleme dieser Frau Anna R. in der Faktendarstellung gar nicht vorkommen.

Eines der zentralen Themen der Frau Anna R. scheint das Pflegegeld zu sein. Wir erfahren allerdings nicht, warum Anna R. schon Pflegegeld hat, wie sie mit diesem Pflegegeld zurecht kommt, wie viel es ist, wie sonst ihre finanzielle Situation ist. Kurzum ihr soziales

Umfeld bleibt uns vollkommen im Dunklen.

Der geschilderte Arzt tappt in eine uns allen bekannte Falle: Die Patientin ist unsympathisch, teilweise an ihrem Leiden selber schuld, nicht bereit auf den Arzt zu hören (letztendlich bekommt sie doch die Überweisung nach Lainz, damit ihr dort bestätigt wird, dass sie ohnedies nur Gicht hätte) und hat ein „Rentenbegehren“.

Der Arzt weiß somit nicht genau, was die Patientin eigentlich von ihm möchte, sie bekommt aber vom Arzt etwas sehr genau und sehr detailliert, nämlich Diagnosen, 1., 2., 3., usw., und Behandlungsvorschläge ad 1., 2., 3., usw.

Wie sich herausstellt, wird die Behandlung von der Patientin aber nicht angenommen, denn darum geht es ihr offensichtlich gar nicht.

Die vorliegende Beschreibung passt auf eine im hohen Maße gestörte, asymmetrische Patienten- Arztbeziehung, wie sie leider nicht ungewöhnlich ist. Sie scheint sogar so häufig zu sein, dass auf Grund dieser asymmetrischen Patienten-Arztbeziehungen die verschiedensten Reparaturversuche unternommen werden, um Behandlungsschemata der beschriebenen Art zu vermeiden oder zu verhindern.

Auf der einen Seite mehr Rechte für den Patienten, auf der anderen aber auch mehr Pflichten für den Arzt. Nach derzeit gängiger gesellschaftlicher Vorstellung ist der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patienten ein Dienstvertrag mit einerseits einer Behandlungspflicht, aber andererseits der Möglichkeit der Behandlungsverweigerung. Auch eine daraus resultierende Selbstgefährdung der Patienten muss der Arzt als Entscheidungsfreiheit des Patienten erdulden können, wenn auch diese Freiheit des Patienten zur Krankheit nicht nur eine hohe Belastung des Patienten-Arztvertrages, sondern in der Regel auch eine hohe Belastung für den Arzt darstellt. Auf der anderen Seite reduziert die Behandlungsverweigerung des Patienten die Pflichten des Arztes.

Zugegeben, die Patientin ist das, was man als einen schwierigen Fall bezeichnet. Andererseits zieht sich wie ein roter Faden durch den Bericht, dass der Wunsch von Frau Anna R. eine ehrliche und anhaltende Patienten-Arztbeziehung ist. Möglicherweise oder vielleicht sogar wahrscheinlich ruft Frau Anna R. um Hilfe, ihre Aktionen sind Hilferufe und sie bekommt dafür Diagnosen und Medikamente. Die Patientin bekommt eine physikalisch-biologische Analyse, ansatzweise eine neurologisch-psychiatrische, der wesentliche Sozialbereich, um den es wahrscheinlich zentral bei der Patientin überhaupt geht, wird nicht berührt.

Was erwartet sich die Patientin möglicherweise vom Arzt und wie stellt sie es dar?

Ein Hilferuf ist lediglich in den Zwischentönen erkennbar, direkt ausgesprochen wird er nicht!

Welche Signale setzt sie? Sie ist „lästig“, uneinsichtig, „schwierig“.

Was bekommt die Patientin als Reaktion auf diese Signale? Diagnosen und Anweisungen!

Welche Möglichkeiten hat man als Arzt im Umgang mit solchen Patienten, insbesondere mit Anna R.

Das zentrale Problem ist sicherlich die Beziehung zwischen Patient und Arzt. Sie ist in diesem Fall nicht dialogisch, zwei Partner, Arzt und Patient hören sich nicht zu, beide sind durch „Störfaktoren“ abgelenkt dazu nicht in der Lage. Während der Arzt primär davon ausgeht, dieser Patientin mit möglichst exakten Diagnosen und dazu passender medikamentöser Behandlung helfen zu wollen und helfen zu können, liegen die Probleme der Patientin ganz wo anders, sie möchte nämlich eine Beziehung zu einem Arzt aufbauen und erhalten, so drückt sie es in ihrem Beschwerdebrief aus.

BALINT hat einmal gesagt, das am meisten verwendete Heilmittel ist der Arzt. Ein Heilmittel, das von Anna R. verlangt wird, von den

Behandlern aber verweigert wird.

Im gegenständlichen Fall wird die Behandlung durch den Arzt abgebrochen, weil die Patientin nicht das Geringste von den Empfehlungen des Arztes angenommen hat und auch die von ihr selbst gewünschte medizinische Hilfe nicht durchgeführt hat. Medizinische Hilfe brauche Zusammenarbeit und die sei offensichtlich nicht gegeben, weshalb der Arzt der Patientin empfiehlt, einen näher gelegenen Kollegen aufzusuchen.

Der Patientin Anna R. zuzuhören, sich ihre Probleme anzuhören, als Arzt da zu sein ohne Diagnose und Therapieschema, vielleicht wäre das der Schlüssel für eine zufriedene Patientin gewesen.

Im Fallbericht werden Fragen aufgeworfen, die in der gestellten Form auch im Seminar nicht zu beantworten waren.

Im Wesentlichen kann man aber festhalten, dass ein Arzt nicht verpflichtet ist oder verpflichtet werden kann, sich von einem Patienten Schaden zufügen zu lassen, dies trifft auch für den eventuellen finanziellen Schaden zu.

Die Art der Patientenbeziehung ist nicht abhängig von der gestellten Honorarnote, dem angenommenen Krankenschein etc., sondern die Ehrlichkeit der Beziehung ergibt sich aus der gegenseitigen Offenheit und dem Einhalten der wechselweisen Informationspflicht, wobei hier aber Krankheitsbilder, wie Demenz bzw. eine krankheitsbedingt eingeschränkte compliance zu berücksichtigen sind.

Selbstverständlich ist der Arzt geradezu verpflichtet, Ängste, eventuell auch Wahnvorstellungen eines Patienten, soweit entgegen zu kommen, wie es das Wohl des Patienten erfordert.

Prim.Univ.DoZ.Dr. Titus GAUDERNAK  
LKH Mödling, Abt. für Unfallchirurgie  
Sr. Maria Restituta Gasse 12  
A - 2340 Mödling

## Leben- und Sterben-lassen Interdisziplinäre Tagung in Vaduz

Am 8.11.2002 fand in Vaduz die *Interdisziplinäre Tagung für den Bodenseeraum* mit dem Titel „**Leben- und Sterben-lassen. Beiträge zu einer neuen Kultur des Lebens und Sterbens**“ statt. An die 420 Teilnehmer kamen zu diesem Symposium aus Österreich, Deutschland, der Schweiz und Liechtenstein. Veranstalter waren die „Stiftung Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe“ und das IMA-IBE-Institut.

Zielsetzung der Tagung war es, angesichts der Diskussion um die Legalisierung der Euthanasie (Tötung auf Verlangen bzw. Beihilfe zum Selbstmord) in Holland und Belgien durch Analysen aus verschiedenen Fachgebieten, durch Klärung von Begriffen und Argumenten, wie auch durch Erfahrungsberichte zur Vertiefung beizutragen, Hintergründe und Einseitigkeiten zu zeigen und die Kritik an Euthanasie nahebringen. So konnte gezeigt werden, dass abgesehen von grundsätzlichen Einwänden gegen die Einschränkung des Tötungsverbotes auch die vielfach für Euthanasie genannten konkreten Sachgründe einer genaueren Prüfung nicht standhalten: eine Legalisierung löst die vorhandenen Probleme nicht, sondern verschärft sie. Zusätzlich sollte eine Alternative zu Euthanasie dargestellt werden: die Herausforderung zur Solidarität durch eine fachliche und mitmenschliche Sterbebegleitung.

Dieser letzte Aspekt wurde vor allem durch drei Beiträge abgedeckt: K. BITSCHNAU (Leiter Hospizbewegung, Feldkirch) präsentierte das Hospizmodell, seine Merkmale sowie Einrichtungen und Ausbildungsmöglichkeiten, P. PICHLER (Krankenschwester am Hospiz in Innsbruck) erläuterte an Fällen, dass der Schmerz nicht nur eine physische, sondern auch eine psychische, spirituelle oder soziale Dimensi-

on hat, ja dass oft gerade diese Nöte den physischen Schmerz erst groß machen: Schmerzbekämpfung muss daher umfassend sein. Insgesamt muss man in der von Cicely SAUNDERS vor Jahren eingeleitete Gegenbewegung (statt Rückzug und Verlassen, ganzheitliche Begleitung der Sterbenden), aus der dann die Hospizbewegung hervorgegangen, die modellhafte Alternative zu Euthanasie sehen, die auch ein praktischer Wegweiser zu einer humanen Medizin geworden ist.

In der Begleitung Sterbender und Schwerkranker bildet die medizinische Hilfe die Basis: allerdings bleiben die intensiven Fortschritte und umfassenden Möglichkeiten moderner Schmerztherapie und der Palliativmedizin, die – entsprechendes Können und Erfahrung vorausgesetzt – Abhilfe für alle Schmerzen anbieten kann, bei Euthanasiebefürwortern meist unberücksichtigt: sind doch gerade die physischen Schmerzen wesentliches Motiv für den Wunsch zu sterben. Dieser Wunsch bedeutet eigentlich, so – d.h. mit diesen v.a. physischen Schmerzen – nicht mehr leben zu wollen: mit Schmerzfreiheit erwacht sofort der Lebenswille, wie die Erfahrung zeigt. Deshalb kommt der ernsthaften Bemühung um symptomorientierte Leidensminderung, um Befreien von Schmerzen und Beschwerden, wo keine Heilung möglich ist, eine große Bedeutung zu. Prim. Prof. J. BONELLI (Internist, Wien) hielt in seinem Beitrag („Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität“) die Palliativmedizin über die Sterbephase hinaus sogar für die „eigentliche Herausforderung der heutigen Medizin“, nämlich „rechtzeitig zu erkennen, wo ihr Auftrag zu heilen endet – nicht aber um dann die Flucht zu ergreifen, sondern um sich dann ganz der Palliation zuzuwenden.“ D.h. die Medizin müsste sich noch mehr als bisher um

die Klärung der Grenzen der kurativen Medizin und deren Kriterien kümmern, damit bewusst unnütze Behandlungseingriffe verhindert werden (z.B. Richtlinien bis wann eine Chemotherapie noch sinnvollerweise einzusetzen ist) und die palliative Behandlung auch rechtzeitig und umfassend einsetzen kann.

Grundsätzlichen Themen gingen zunächst Prof. E. SCHOCKENHOFF, Moraltheologe an der Universität Freiburg, nach: er widmete sich dem zentralen Begriff der Selbstbestimmung, der vielfach für die Euthanasieforderung angeführt wird. Wo so argumentiert wird, liegt eine dezidierte anthropologische Prämisse zugrunde, die falsch ist: nämlich Autonomie im Sinne der Unabhängigkeit, Autarkie und Selbstgenügsamkeit – die am gesunden, leistungsbewussten und keiner Hilfe bedürftigen Individuum abgelesen ist und auf die Situation des Sterbens übertragen wird. Diese Schwäche zeigt sich vor allem in der Forderung, auch in einer Situation schwerer Krankheit und des Leids Autonomie der Person als jene Fähigkeit zu unterstellen, die „über den Wert des eigenen Lebens frei von Fremdeinflüssen, allein aus der Binnenperspektive der eigenen Existenz“ urteilen soll. Sie ist eine „abstrakte Konstruktion, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Da-seins nicht gerecht wird.“ Denn: „Die Beurteilung des Lebenswertes stellt immer eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die sterbende Menschen in ihrer Umgebung noch erfahren.“ Daher ist „angesichts der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins am Lebensanfang wie am Lebensende mehr erfordert als bloßer Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist (...) wenn überhaupt nur unter der Bedingung möglich, dass personale Beziehungen und das Angebot menschlicher Nähe aufrechterhalten werden.“

Der Vortrag von Prof. A.W. MÜLLER (Ethik, Trier) behandelte die ärztliche Aufgabe: das ärztliche Tun ist als „spezielle Form der Hilfe“ zu bestimmen; es will „durch prophylaktische,

kurative oder palliative Maßnahmen dem Patienten dabei helfen, der Beeinträchtigung seines Lebens durch Krankheit und Behinderung entgegenzuwirken.“ Der Arzt ist dem Wohl des Patienten verpflichtet, wengleich seinen Maßnahmen durch den eindeutigen der Wunsch des Patienten eine moralische Grenze gesetzt ist. Die Tötung des Patienten, ebenso wie jede andere Art der beabsichtigten Verkürzung des Patientenlebens gehört nicht in den Rahmen ärztlicher Hilfeleistungen. Ebenso wenig ist die Absicht, menschliches Leben zu verlängern, bestimmend für die ärztliche Aufgabe: „Verlängerung des Lebens ist im allgemeinen nur eine automatische Folge erfolgreicher prophylaktischer, kurativer und gelegentlich auch palliativer Krankheitsbekämpfung“. Klar stellte er in Frage, warum das Töten quasi ganz selbstverständlich als „ärztliches“ Geschäft dargestellt werde, wo es doch jenseits ärztlichen Tuns liege. „Autonomie“ als Argument für Euthanasie oder Selbstmord-Hilfe anzuführen, grenzt für MÜLLER an Heuchelei: denn in Wirklichkeit liegt der Tötung auf Verlangen durch den Arzt nicht das Todesbegehren des Patienten als letztes Wort zugrunde, sondern unvermeidlich ein Urteil des Arztes über den Lebenswert dieses Patientenlebens. Auch aus der Perspektive des Patienten kann von „Selbstbestimmung“ keine Rede sein, eher vom genauen Gegenteil: denn die Beziehung des Arztes entspricht doch dem Wunsch, „in einer ziemlich unheimlichen Angelegenheit moralischer Entlastung zu erfahren. Der Arzt soll mit der *Autorität* des „Fachmanns“ dem Patienten eine dubiose Entscheidung erleichtern oder gar abnehmen, vor dieser selbst zurückschreckt.“

Über die „Ars moriendi“ referierte Prof. H.-B. GERL-FALKOVITZ (Religionsphilosophie, Dresden) und bot einen Einblick in das Verständnis von Tod und Sterben in verschiedenen Religionen und Epochen. Der jüdisch-christliche Entwurf des Sterbens („Sterben als Gewinn“) ist in Europa gegenwärtig in eine gedankliche Defensive gedrängt, andere religiö-

se Kulturen ziehen überraschen nach; aber es mehren sich „Stimmen des säkularen Raumes, die dem geheimnisvollen Vorgang des Sterbens mehr abgewinnen wollen als das pure Enden“, die sich „mit der Vorstellung des Nichts hinter dem Sterben“ schwer tun. Empirische Untersuchungen besagen jedenfalls: Religiöse Menschen sterben leichter, d.h. „alles entscheidet sich daran, ob der Sterbende sich auf ein Ziel hinter den hiesigen Zielen verlässt und vertraut, bei etwas Gutem anzukommen“, ja dass dieses Gute ein Antlitz trägt, ein Guter ist, dass dieses „wartende und erwartende Antlitz selbst auch ein sterbendes“ war, dass das „göttliche Sterben wie das eigene Nach-Sterben als Überwindung und Umkehrung des Todes in gelöstes Leben“ verstanden wird. Moderne Philosophie kommt im Denken nicht zu solchen Ergebnissen: das liegt daran, dass das Denken gerade nicht zur Ars moriendi gehört, denn es bleibt immer „im Abstand zur eigenen Existenz“. „Sterben ist vielmehr unaufhaltsamer Verlust der Selbstmächtigkeit, auf der das Denken formal aufbaut. Zum eigenen Sterben verhält sich der Sterbende daher nicht denkend, sondern erleidend.“ Zur Ars moriendi gehört daher „das immer wieder zu trainierende Loslassen der hiesigen Güter.“ Der bedeutsame Unterschied bleibt, ob mit Sterben gemeint ist,

dass das eigene Antlitz einfach vergeht, ja austauschbar wird oder ein Eintritt in eine neue Welt ist. Wenn Sterben als Durchgang zum Leben verstanden wird, dann gilt: „Sterben kann der, der das kommende Leben liebt.“

Das Referat von OA Dr. P. FAE (LKH Feldkirch) in Vertretung von Prof. N. MUTZ (Intensivmedizin, Innsbruck) wollte Vorurteile gegenüber der Intensivmedizin ausräumen. Ein natürliches Sterben ist mit oder trotz der Apparatedizin möglich, da hier dieselben ethischen Forderungen wie in allen anderen Bereichen gelten, hier als „Medikamente“ eben Geräte eingesetzt werden – so lange es medizinisch sinnvoll ist. Der Beitrag von Dr. R. KLESSE (Psychiater, Chur) behandelte den Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, über Patientenverfügung, ihren Sinn und ihre Grenzen, sowie die Entwicklung der Rechtsprechung auf diesem Gebiete referierte Prof. H.-B. WUERMELING (Erlangen) und einen Bericht aus erster Hand über die Vorgeschichte und Wirklichkeit der Legalisierung der Euthanasie in Holland steuerte Prof. H. JOCHEMSEN, Lindeboom Institut f. med. Ethik, Ede bei.

Dr. Ludwig JUZA  
Museumstraße 22/10  
A - 6020 Innsbruck

**Klonen: genetische Krüppel**

Rudolf JAENISH und seine Kollegen vom Whitehead Institute in Cambridge behaupten, dass es in Zukunft keinen einzigen physiologisch „normalen“ Klon geben wird. Grund für die Behauptung sind Ergebnisse, die der deutsche Genforscher mit seinen Kollegen bei einer umfassenden Genanalyse bei geklonten Mäusen erhalten hat.

Mit Hilfe von Genchips, die es erlauben, die Aktivität von Tausenden von Genen parallel zu ermitteln, wurden Gewebeproben aus der Gebärmutter und der Leber von rund zwei Dutzend geklonten Mäusen untersucht. Die Ergebnisse sind verwunderlich: das genetische Programm der geklonten Tiere, ob äußerlich gesund oder nicht, ist an unzähligen Stellen gestört. Von rund 10.000 Genen, die JAENISH und seine Kollegen untersucht haben, sind knapp 4 % (ca. 400) fehlerhaft reguliert. Entweder sie waren mehr als doppelt so stark aktiviert wie gewöhnlich oder sie produzierten weniger als halb soviel von dem jeweiligen Genprodukt wie normal.

Zahlreiche dieser Defekte mögen zu Beginn das Leben des Klons nicht allzu sehr beeinträchtigen, viele haben vielleicht sogar keinerlei medizinische Bedeutung. Früher oder später aber könnten einige dieser Störungen zu einer schweren Bürde werden. Dolly, das mittlerweile an Gelenkentzündung leidende Klonschaf ist in dieser Hinsicht das beste Beispiel.

*PNAS, 16. September 2002*

**Abtreibung: USA streicht Geld an UNO**

US-Präsident George Bush hat dem Bevölkerungsfonds der UNO (UNFPA) 34 Millionen US-Dollar entzogen und das damit begründet, dass der UNFPA in China an Programmen für erzwungene Abtreibungen und Massensterilisationen beteiligt war. In Zukunft werden die USA ihre Gelder Projekten zur Finanzierung von Ge-

sundheitsprogrammen für Kinder auf der ganzen Welt zur Verfügung stellen. Diese Projekte werden von der Entwicklungshilfeabteilung des US-Außenministeriums koordiniert.

*Kathnet, 3. Oktober 2002*

**Gesellschaft: Deutsche für andere Biopolitik**

Das Institut für Demoskopie Allensbach hat für das Magazin „Geo Wissen“ eine Umfrage zur deutschen Biopolitik gestartet. Etwa 29% der Deutschen begrüßen dabei das neue Stammzellgesetz. 64% der Frauen und 45% der Männer hingegen sprachen sich in der Umfrage gegen den Import embryonaler Stammzellen aus.

Laut der Umfrage vertreten auch nur 21% die Ansicht, dass menschliche Embryonen, die bei der künstlichen Befruchtung nicht mehr benötigt werden, für die Forschung freigegeben werden sollten. Und 71% der deutschen Bevölkerung hielten die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes für richtig.

*Geo Wissen, Nr.09/02*

**Stammzellen: Vervielfachung von Nabelschnurblut**

Forschern des Fred Hutchinson Cancer Research Centers in Seattle ist es gelungen, Stammzellen im humanen Nabelschnurblut zu vervielfachen. Bislang reichten die Stammzellen aus einer Nabelschnur nur für die Behandlung eines an Leukämie erkrankten Kindes. Mit der neuen Technik hoffen die Forscher genügend Zellen zur Behandlung Erwachsener bereit stellen zu können.

Ob die Vervielfachung der Nabelschnurstammzellen zur gängigen Praxis wird, sollen weitere Sicherheits- und Wirksamkeitstests zeigen. Laut Befürwortern der Verwendung von Nabelschnurblut ist es als Quelle neuer Blut- und Immunzellen eine viel versprechende Alternative zur Kno-

chenmark-Transplantation. Knochenmark ist rar, es wird für die Behandlung von Bluterkrankungen wie Leukämie als Quelle gesunder, blutbildender Zellen benötigt. Aber auch Nabelschnurblut ist reich an hämatopoetischen Stammzellen. Außerdem können sich die Stammzellen in jede Blutzellen-Art entwickeln. Weiters würden sich die Stammzellen der Nabelschnur schneller als Zellen des Knochenmarks entwickeln. Auch sollen die Nabelschnurblut-Stammzellen beim Empfänger weniger häufig eine Immunreaktion auslösen.

*Presstext, 22. Oktober 2002*

**Xenotransplantation: genetisch veränderte Spermien**

Mit genetisch verändertem Schweinesperma haben italienische Forscher der Universität Mailand Tiere gezüchtet, deren Organe nicht so leicht vom Menschen abgestoßen werden sollen. Die Forscher schleusten ein menschliches Gen in die Samenzellen ein und nutzen dabei deren Fähigkeit, fremde Erbsubstanz aufzunehmen. Dies könnte eine neue Methode sein, die das Problem der Organabstoßung bei Xenotransplantation löst.

Spermien können auf natürliche Weise DNA aufnehmen, man muss sie nur von dem sogenannten Interferon-1 befreien, das dafür zuständig ist, dass sie keine Fremd-DNA aufnehmen können. Interferon-1-freie Spermien können also fremde DNA aufnehmen und führen so zu einer erheblichen genetischen Modifikation.

In einer Nährlösung brachten die Forscher frisches Schweinesperma in Kontakt mit dem menschlichen hDAF-Gen, welches beim Menschen die Immunreaktion und somit die Abstoßung implantierter Organe blockieren kann. Von insgesamt 93 auf diese Weise erzeugten Ferkeln hatten 57% das hDAF-Gen.

Weiters konnten die Forscher zeigen, dass rote Blutzellen von Schweinen, die das hDAF-Gen tragen, von menschlichen weißen Blutkörperchen

nicht zerstört werden. Außerdem konnte ein hDAF-tragendes Schweineherz menschliches Blut pumpen, ohne davon beeinträchtigt zu werden.

*PNAS*, 22. Oktober 2002

### **Pharma: Ärzte bestochen**

Häufig werden britische Ärzte von Pharmafirmen bezahlt, um Patienten zu klinischen Versuchen zu überreden. Die Patienten wissen von diesen Zahlungen oft nichts. Wissenschaftler selbst behaupten nun, dass diese Vorgangsweise ethisch bedenklich ist und dass dadurch auch Bemühungen zunichte gemacht werden, Patienten mehr in klinische Prozesse einzubinden.

Im Laufe der Jahre hat sich daraus ein richtiges Geschäft entwickelt. Manche Ärzte kassieren pro Patienten Tausende von Pfunden. Infolgedessen scheitern jene nichtkommerziellen, klinischen Versuche, die vorhaben, wichtige Fragen ohne vorhandene Finanzierung zu studieren, weil es schwieriger ist, Ärzte dafür zu interessieren.

*BMJ*, 6. Juli 2002

### **Gentherapie: Einsatz bei zystischer Fibrose**

Forscher des australischen Women's and Children's Hospital haben eine neuartige Gentherapie zur Behandlung der zystischen Fibrose entwickelt. Typisches Merkmal der zystischen Fibrose ist die Bildung eines sehr zähen Schleimes in der Lunge, Bauchspeicheldrüse, der Leber und im Dünndarm, der die Funktion dieser Organe beeinträchtigt. Dabei ist es gelungen, eine natürliche Barriere der Lungen zu umgehen. Die Lungen besitzen hochwirksame Mechanismen zum Schutz vor Staub, Allergenen, Viren und anderen Fremdpartikeln. Diese natürliche Abwehr hat bisher eine Gentherapie der Lungen verhindert.

Die Gentherapie gilt als Hoffnungsträger in der Behandlung, da eine Mutation in nur einem Gen die Fehlfunktion in den Zellen der Lungenoberfläche bedingt. Da die Oberfläche der Lunge im Vergleich zu ande-

ren inneren Organen relativ leicht zugänglich ist, könnte die Gentherapie in einen Inhalator eingebracht werden, um so das mutierte Gen zu ersetzen. Bisher ist diese Behandlungsmethode an den natürlichen Verteidigungsmechanismen gescheitert. Nun ist es den Forschern in Mäuseversuchen gelungen, diese Mechanismen zu überwältigen.

Derzeit arbeitet die Wissenschaft an der Verbesserung der Methode, um mit den ersten klinischen Versuchen an Patienten mit zystischer Fibrose beginnen zu können.

*Presstext*, 21. Oktober 2002

### **Drogen: Gehirnschäden durch Ecstasy**

Amerikanische Forscher haben in Tierversuchen festgestellt, dass schon kleine Mengen der Aufputschdroge Ecstasy zu langfristigen Hirnschäden führen können. Das Rauschgift greife mehr Gehirnzellen an, als bisher angenommen. Vor allem werden aber die Nervenzellen, die Dopamin ausschütten, durch die Droge zerstört. Die Affen, denen man über einen Zeitraum von zwei Monaten geringe Mengen an Ecstasy verabreichte, hatten große Schwierigkeiten sich kontrolliert zu bewegen und zitterten sehr stark. Die Symptome waren ähnlich wie bei Morbus Parkinson. Auch Jugendliche, die die Droge einnehmen, riskieren, diese Symptome zu entwickeln.

*Science*, 27. September 2002

### **Rauchen: erhöht Infarktrisiko**

Eine Untersuchung an 12.149 Einwohnern der Stadt Kopenhagen, die mehr als 20 Jahre lang dauerte (seit 1976), hat nun ergeben, dass auch das gelegentliche Rauchen gesundheitsschädigende Folgen für das Herz hat. Bei der Studie wurden auch die Rauchgewohnheiten wie Inhalation und Zigarettenkonsum überprüft. Offensichtliches Ergebnis der Untersuchung war die Tatsache, dass Frauen von den Folgen des Tabakkonsums wesentlich stärker betroffen sind, als Männer. Selbst ohne Inhalieren füh-

ren schon drei Zigaretten täglich zu einem 50% höheren Risiko an Herzinfarkt zu erkranken! Bei Männern führen erst sechs bis neun Zigaretten täglich zu einem solch erhöhten Risiko. Die Forscherin Eva Prescott geht davon aus, dass die Hormone durch das Rauchen verändert werden. Durch die Nikotinzufuhr wird das Östrogen-Gleichgewicht, das das Herzinfarktrisiko vermindert, gestört.

*J of Epidemiology and Community Health*, September 2002

### **Tabak: Preissteigerung**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ruft alle Regierungen weltweit zur Steigerung der Zigaretten- und Tabakpreise um mindestens 5% auf. Der Aufruf der Preissteigerung erfolgte im Zuge des WHO-Gipfels in Genf, an dem 192 Mitgliedsstaaten der WHO teilnahmen.

Im Zuge der Forderung einer Preissteigerung bezieht sich die WHO auf einen Bericht der Weltbank. Im Bericht wird eine Preiserhöhung um 10% vorgeschlagen. Dadurch könnten 40 Millionen Menschen zu rauchen aufhören und Millionen würden erst gar nicht zu rauchen beginnen. In einem Statement erklärte die WHO: „Die Preissteigerung würde das Leben von 10 Millionen Menschen retten. In Entwicklungsländern könnten 9 Millionen vorzeitige Todesfälle verhindert werden.“ Die WHO zielt mit der Preiserhöhung vor allem auf ärmere Länder ab, da in diesen der Raucheranteil ziemlich hoch ist. Erst kürzlich schätzte die WHO die jährliche Sterberate infolge von Rauchen auf 4,9 Millionen.

*Presstext*, 15. Oktober 2002

### **Pharma: Medikamentenspende**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Bayer AG haben eine Vereinbarung über eine Arzneimittelspende des Medikaments Germanin zur Bekämpfung der Schlafkrankheit abgeschlossen. Betroffen sind davon vor allem Menschen in Zentral- und Westafrika. Die Schlafkrankheit wird

durch Blutparasiten, die von der Tsetse-Fliege übertragen werden, hervorgerufen und verläuft tödlich.

Der Spendenumfang basiert auf einer von der WHO prognostizierten Menge. Die Organisation wird die Regierung der betroffenen Länder über die kostenlose Verfügbarkeit von Germanin informieren und das Prozedere erläutern, wie das Medikament erhältlich ist.

Ziel ist es, ein weltweites Bündnis zu gründen, um die Schlafkrankheit endgültig zu besiegen. Die WHO wird weiterhin neue Partner aus den Bereichen Regierung, Wissenschaft und Wirtschaft zur Verstärkung des Kampfes gegen die Schlafkrankheit suchen.

Presstext, 5. November 2002

### **Transplantation: Nachteil für weibliche Organe**

Ob ein transplantiertes Organ von einem weiblichen oder männlichen Spender stammt, hat einen wesentlichen Einfluss auf seine langfristige Funktion. „Empfängerinnen von weiblichen Spendernieren haben ein um 15% erhöhtes Risiko, ihr neues Organ innerhalb des ersten Jahres nach der Transplantation zu verlieren“, erklärt Martin ZEIER, Nierenspezialist an der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg. „Bei Männern ist das Risiko sogar um 22% erhöht“. Im Durchschnitt müssen rund 10% aller Nierenempfänger mit einem Verlust des Organs nach einem Jahr rechnen. Auch wenn die Niere von der Mutter oder Schwester gespendet wurde und eine Gewebsübereinstimmung bestand, wirkte sich der Geschlechtsfaktor negativ aus. Je jünger die Spenderin, desto stärker fällt der Geschlechtsfaktor ins Gewicht, v.a. hatten die Organe von Spenderinnen unter 45 Jahren eine schlechter Prognose. Auf die Frage, warum Frauen schlechtere Nierenspenden sind, gibt es

bislang keine eindeutige Erklärung. Eine Rolle könnten die geringe Anzahl von Nierenkörperchen weiblicher Nieren, die weiblichen Geschlechtshormone und die geschlechts-spezifische Merkmale des Immunsystems spielen. Hingegen erwiesen sich Brüder und Väter als ideale Nierenspenden.

Auch auf die Übertragung von Herzen hat das Geschlecht des Spenders Einfluss, allerdings im geringeren Umfang. Für die Lebertransplantation hingegen scheint das Geschlecht des Spenders keine entscheidende Rolle zu spielen.

JASN, Oktober 2002

### **Rauchen: Nikotinbonbons zugelassen**

Ab Ende November wird in den USA eine Lutschtablette zur Nikotinsuchtbekämpfung auf dem Markt zugelassen. Das Nikotin-Bonbon „Commit“ soll in Drogerien, Supermärkten und bei Großhändlern ohne Verschreibung erhältlich sein.

Laut Angaben des Pharmakonzerns GlaxoSmithKline zeichnet die Lutschtablette ein ausgezeichnetes Dosiersystem aus. Die Zeit nach dem Aufstehen bis zur ersten Zigarette bestimmt die Dosis: So lutschen jene Raucher, die ihre Zigarette innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen rauchen, ein vier Milligramm starkes Bonbon, jene, die erst nach einer halben Stunde mit dem rauchen beginnen, greifen zu der 2 Milligramm starken Tablette.

„Commit“ wirkt sofort, nachdem es in den Mund gelegt wird. Durch den Lutschvorgang wird Nikotin abgegeben. Um die Nikotinsucht zu bekämpfen, benötigen aufhörwillige Raucher im Rahmen eines 12-Wochen-Programms immer weniger Lutschtabletten.

Presstext, 5. November 2002

### **Euthanasie: Todestouristen in der Schweiz**

Ein 77-jähriger Brite mit tödlichem Halskrebs wurde von seinem Sohn und seiner Tochter nach Zürich gebracht, um sich als erster britischer Staatsbürger mit Hilfe von Dignitas, einer Gruppe für Beihilfe zum Selbstmord, das Leben zu nehmen. In den vergangenen 4 Jahren hat Dignitas 134 Menschen auf diese Weise zum Tod verholfen. Die meisten Opfer waren Ausländer, welche als Todestouristen in die Schweiz gereist sind.

PLI, 5. November 2002

### **Euthanasie: zur Ausgaben-senkung missbraucht**

Eine Zunahme der großteils illegalen Euthanasie-Aktivitäten beklagte der in Brasilien vom 30. Oktober bis zum 3. November 2002 stattfindende 6. Welt-Kongress für Bioethik.

Mehrere Konferenzteilnehmer brachten ihre Sorge zum Ausdruck, dass die Genehmigung oder Duldung von aktiver Euthanasie von Gesundheitsbehörden zur Ausgaben-senkung missbraucht werden könnte. Der niederländische Arzt Hans van DELDEN erklärte, es dürfe die Euthanasie keine Alternative für mangelhafte und defizitäre Gesundheitssysteme werden, auch könne Euthanasie auf keinen Fall zum Exportprodukt werden. Depressionen müssten bei Euthanasiewunsch beachtet werden. Eine unter Depressionen leidende todkranke Frau hat nach einem dreiwöchigen Urlaub ihre Entscheidung für Euthanasie rückgängig gemacht.

DPA, 6. November 2002

## RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch  
9. Jahrgang Heft 3, 2002  
Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RASCHAUER: Editorial  
Beiträge:  
Günter TIESS, Harald ROSSMANN, Reinfried PILGRAM: Bedeutung des Vorsorgeprinzips bei der Gewinnung mineralischer Baurohstoffe;  
Michael NÜRNBERGER: Die Typen-  
annahme für Kleinkläranlagen.

## RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch  
9. Jahrgang Heft 5, 2002  
Editorial  
Beiträge:  
Maria-Luise PLANK: Verteuert die Neu-  
fassung des §150 Abs. 1 ASVG unser  
Gesundheitswesen?;  
Lydia FUCHS: Zur Haftung des Beleg-  
arztes;  
Gert LECHER, Christoph NEUGEBAUER:  
Aufbewahrungsdauer von Röntgen-  
und Sonographiebildern.

## ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.  
Band 14, Heft 3, 2002  
D. RITSCHL: Editorial  
Originalarbeiten:  
T. REHBOCK: Autonomie – Fürsorge –  
Paternalismus. Zur Kritik (medizin-  
)ethischer Grundbegriffe;  
R. DZIEWAS, P. SÖRÖS, H. HENNINGSSEN:  
Informed Consent im klinischen All-  
tag – eine pragmatische Interpretation;  
C. GAUL: Kann Autonomie „fremdver-  
treten“ werden? Philosophische, medi-  
zinische und juristische Überlegungen  
zur Einstellung lebenserhaltender The-  
rapie bei Schwerstkranken unter Wahr-  
nung der Autonomie des Betroffenen;  
T. GUTMANN: Der eigene Tod – Die  
Selbstbestimmung des Patienten und  
der Schutz des Lebens in ethischer  
und rechtlicher Dimension;  
G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: Zwischen  
„natürlicher Geburt“ und „Wunsch-  
ectio“ – Zum Problem der Selbstbe-  
stimmtheit in der Geburtshilfe;  
M. DAHL: Impfungen in der Pädiatrie  
und der „informed consent“ – Balan-

ceakt zwischen Sozialpaternalismus  
und Autonomie;  
Fall und Kommentare: Therapieab-  
bruch auf der Intensivstation. Ein Fall-  
bericht zur Abschaltung einer künst-  
lichen Herzpumpe;  
A. WEIDTMANN: Kommentar I;  
O. RAUPRICH: Kommentar II.

## ETHICA

Innsbruck, Quartalschrift in Deutsch  
10. Jahrgang Heft 3, 2002  
Leitartikel:  
Herbert ROMMEL: Der begriffliche  
Wandel von der „Schöpfung“ zur  
„Natur“. Überlegungen zur ethischen  
Bildung im Kontext der modernen  
Welt;  
Sigmund BONK: Die beängstigende  
Aktualität der Bentham'schen Anthro-  
pologie;  
Diskussionsforum:  
Robert Hager von STROBELE: Leichnam  
im Museum. Zurschaustellung des  
toten menschlichen Körpers;  
Christoph REHMANN-SUTTER: Krankheit,  
Schmerz und Lebenskunst;  
Ethikkommission der Stiftung Lie-  
benau: Stellungnahme zur Präimplan-  
tationsdiagnostik.

## ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch  
Anno XVIII, n.1 - 2002  
Editoriale  
Articoli:  
Sergio BELARDINELLI, L'idea di „allean-  
za tra generazioni“ e la sua funzione  
sociale;  
Adrian SCHENKER, Die Verwandtschaft  
zwischen dem Gebot der Elterner-  
nung und den Inzestverboten im Al-  
ten Testament;  
Kim JIN-So, Filial Piety of the Korean  
Catholic Martyrs;  
Eugenia SCABINI, Anziani e figli adulti:  
una cruciale passaggio di eredità;  
Gloria TOMÁS, Aportacion de los an-  
cianos al sentido de la vida;  
In rilievo:  
Livio MELINA, Juan-José PÉREZ-SOBA, La

persona agisce nel bene: appetibilità,  
perfezione e comunicazione. Crona-  
ca teologica del IV Colloquio di Teo-  
logia Morale;  
Michael WALDSTEIN, John Paul II and  
St. Thomas on Love and the Trinity  
(first part).

## MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.  
2002/4  
Editoriale: L'eredità di Van Renssela-  
er Potter;  
I. CARRASCO DE PAULA: La comunicazio-  
ne medico-paziente: elementi per una  
fondazione etica;  
M.L. DI PIETRO, M. CASINI: Il dibattito  
parlamentare sulla „procreazione me-  
dicalmente assistita“;  
M.L. FURIOSI: Etica delle pace e bio-  
etica;  
C. GENOVESE: Le conseguenze psico-  
logiche derivanti dall'interruzione  
volontaria della gravidanza: i risulta-  
ti di alcune ricerche.

## 2002/5

Editoriale: Sperimentazione clinica e  
Magistero cattolico: un 50° anniversa-  
rio da ricordare;  
A.G. SPAGNOLO, R. MINACORI: Farmaco-  
genetica e Farmacogenomica: as-  
pettative e questioni etiche;  
E.D. PELLEGRINO: Le decisioni ai termi-  
ne della vita: uso ed abuso del con-  
cetto di futilità;  
L.M. BUCCI, F. VENTURA, A. VENTURA, R.  
CELESTI: Questioni di legittimità giuri-  
dica e di liceità dell'atto medico in  
materia di fecondazione „assistita“;  
C. GENOVESE: Le conseguenze psico-  
logiche derivanti dall'interruzione  
volontaria della gravidanza: i risulta-  
ti di alcune ricerche.

## REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA.

Santiago de Compostela, Spanien  
Quartalschrift in Spanisch  
Vol. XII, N° 46, 3ª 2001  
Presentación:  
Ana Marta GONZÁLEZ: Claves éticas  
para la Bioética.  
Tema de estudio: En qué fundamen-  
tos la Bioética?

- Urbano Ferrer SANTOS: Principios metodológicos de las decisiones morales;
- Julián HERRANZ: La humanidad ante la encrucijada: derecho y biología;
- Agustín PAZOS: Fundamentos antropológicos de las directrices del Magisterio en temas de bioética;
- Robert SPAEMANN: La perversa teoría del fin bueno;
- Colaboraciones:  
 José Carlos Rodríguez NAVARRO, Enrique GÓMEZ GARCÍA, Joaquín Fernández-Crehuet NAVAÍAS: El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos;
- Beatriz Quintanilla MADERO: Por qué cuidar al paciente psiquiátrico incompetente?;
- Marian Araujo YASELLI: Bioética y nutrición en salud pública;
- María del Carmen VIDAL CASERO: El Proyecto genoma humano. Sus ventajas, sus inconvenientes y sus problemas éticos.
- THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.  
 Dordrecht/Boston/London. Bimestral  
 Zeitschrift in Englisch.  
 Vol 27 No.5, October 2002
- Ana SMITH ILLIS: Biomedical Research Ethics;
- Daryl PULLMAN: Conflicting Interests, Social Justice and Proxy Consent to Research;
- Tom L. BEAUCHAMP, Bruce JENNINGS, Eleanor D. KINNEY, Robert J. LEVINE: Pharmaceutical Research Involving the Homeless;
- Marwan HABIBA, Martyn EVANS: The Inter-role Confidentially Conflict in Recruitment for Clinical Research;
- Hon-Lam Li: Animal Research, Non-vegetarianism, and the Moral Status of Animals – Understanding the Impasse of the Animal Rights Problem.

**BIOPOLITIK. DIE POSITIONEN**

Christian GEYER

*Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001*

*302 Seiten*

*ISBN 3-518-1226*

Zwischen Januar und August 2001 hat sich in Deutschland eine biopolitische Debatte ausgetragen, die an Lebhaftigkeit, Dauer und Niveau noch nicht da gewesen war. Namhafte Philosophen, Juristen und Naturwissenschaftler haben dabei in den auflagestärksten Zeitungen – F.A.Z., Süddeutsche Zeitung und Die Zeit – Stellung genommen. Es ging im wesentlichen um den Status des Embryos. Der Artikel 1, Abs.1 (Menschenwürdeschutz) und Art. 2, Abs. 2 der deutschen Verfassung verpflichten den Staat, jedes einzelne menschliche Leben, auch das jedes Embryos zu schützen. Dieser Verpflichtung wurde im Embryonenschutzgesetz 1990 Rechnung getragen. Dieses Gesetz unterbindet jede Verwendung von Embryonen für andere Zwecke als für reproduktive. Und gerade um verbrauchende Embryonenversuche und um die Präimplantationsdiagnostik (PID) ging es in dieser Debatte.

Die Stammzellentherapie verspricht große Heilungsleistungen für die Zukunft. Dazu wird ein riesiger Forschungseinsatz notwendig. Obwohl die Forschung mit adulten Stammzellen durchaus erfolgsversprechend ist, möchten sich die Forscher nicht auf diese beschränken und unbedingt auch noch mit embryonalen Stammzellen arbeiten. Die Gewinnung solcher Zellen ist in Deutschland ebenso gesetzwidrig wie das therapeutische Klonen und die Präimplantationsdiagnostik (PID). In allen drei Bereichen wird in Großbritannien bereits intensiv geforscht. Kann und will sich Deutschland leisten, aus dem Rennen der Spitzenbiotechnologie auszuscheiden? fragen sich die für die Forschung verantwortlichen Politiker.

Der erste Beitrag des Buches, von Elisabeth BECK-GERNSHEIM, ist der einzige, der nicht aus dem Vorjahr stammt. Er ist im Jahr 1996 erstmals veröffentlicht und trägt den Titel „Die soziale Konstruktion des Risikos – das Beispiel Pränataldiagnostik“. Mit ihm wird der Rahmen einer Diskussion gesteckt, die vielleicht im Vorjahr eine besondere Lebendigkeit erhalten, jedoch schon jahrelang angedauert hat. Die sehr plausible These der Autorin ist, dass diese Diskussion sich unter dem Druck eines sozial konstruierten Risikos (S. 23) abspielt, nämlich, dass wir von Krankheit umzingelt sind. Darauf wird ein Ausweg präsentiert („Soziale Konstruktion des Auswegs“, S. 26): eine Technik oder eine Forschung, die nur im Dienste der Gesundheit steht. Darauf folgt logisch „die soziale Konstruktion einer Verpflichtung“ (S. 30), diese Technik oder diese Forschung zu bejahen: wer Verantwortung trägt, muss Vorsorge und Fürsorge leisten. Diese dreistufige Rhetorik ist sehr öffentlichkeitswirksam, wie man an Hand der Anwendung der Pränatalgendiagnostik, die immer mehr zur Routineuntersuchung wird, zeigen kann: „Die Nutzung dieser Technik verläuft keineswegs nur nach Kriterien und Standards ärztlichen Handelns, sondern gerät unter den Druck juristischer Regelungen und ökonomischer Interessen, politischer Vorgaben und institutioneller Erwartungen“ (S. 35). In der Frage der Biopolitik treffen die Interessen zweier Gruppen zusammen. Auf der einen Seite die engagierten Vorkämpfer der Technik, ganz von Fortschrittsoptimismus getragen, die an möglichst ungehinderter Entwicklung und Umsetzung der Technik interessiert sind; auf der anderen stehen die Nutzer bzw. Nutzerinnen, die alles daran setzen wollen, um die Krankheits- und Behinderungsrisiken zu verringern.

Am 3. Januar 2001, noch einige Tage vor seinem Amtsantritt als Kulturminister, äußerte der Münchner Ethikprofessor Julian NIDA-RÜ-

MELIN im Berliner Tagespiegel die Ansicht, dass die im Grundgesetz verankerte Würde des Menschen nicht inflationär verwendet werden dürfe, wenn sie ihre normative Kraft bewahren soll. Für ihn sei die Achtung der Menschenwürde dort angebracht, wo die Voraussetzungen erfüllt sind, dass ein menschliches Wesen entwürdigt, ihm seine Selbstachtung genommen werden kann. Daher lasse sich das Kriterium der Menschenwürde nicht auf Embryonen anwenden. Diese Äußerung war Auslöser, nicht aber die Ursache der Diskussion. Eine solche war fällig und zeichnete sich längst ab.

Der erste Aufsatz von Robert SPAEMANN „Gezeugt nicht geschaffen“ knüpft an die Aussage von NIDA-RÜMELIN an, um klarzustellen, dass jede verbrauchende Embryonenforschung einen Anschlag auf die Menschenwürde darstellt, „die es verbietet, Menschen ausschließlich als Mittel den Zwecken anderer Menschen zu unterwerfen (S. 45). Darauf antwortet Rainer MERKEL („Rechte für Embryonen“), dass die Menschenwürde sich nicht allein auf die biologische Zugehörigkeit zur Menschheit begründen lässt. Im Übrigen meint MERKEL, dass in Deutschland seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 im Zusammenhang mit der Fristenlösung kein Recht des Embryos auf Leben und Menschenwürde existiert. Da Embryonen keine Rechtspersonen mit Grundrechten auf Leben und Menschenwürde sind, erscheint MERKEL das Resultat einer Abwägung ihres Verbrauchs mit den moralisch hochrangigen Zielen, die dabei verfolgt werden, evident: Die Embryonenforschung zu solchen Zielen ist moralisch zulässig. Mit einem Wort, Reinhard MERKEL hält ebenso wie Gerd ROELOCKE („Lieber ein Hoffnungsschimmer als Dunkelheit“, S. 161ff) und Horst DREIER („Konsens und Dissens bei der Interpretation der Menschenwürde“, S. 232ff) den Würdeschutz des Ungeborenen für „Verfassungsyriak“. Darauf antworteten Ottfried HÖFFE („Wesen Menschenwürde. Was Reinhard MERKEL verschweigt und Robert SPAEMANN nicht sieht“, S. 65ff), der zwischen beide Posi-

tionen zu vermitteln versucht, aber praktisch ebenso wie SPAEMANN für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzesregelungen plädiert.

In einem zweiten Aufsatz, „Wer jemand ist, ist es immer. Es sind nicht die Gesetze, die den Beginn eines Menschenlebens bestimmen“ (S. 73ff), geht SPAEMANN auf eine nicht im Buch abgedruckte Kritik von Norbert HOERSTER und Wolfgang KERSTIN ein. Dieser sprach von einer Rückdatierung des Personenschutzes, die eine Ausdehnung des Lebensrechtes auf Embryonen bewirkt, um eine verbrauchende Embryonenforschung zu verhindern. Dazu gibt SPAEMANN zu bedenken, dass spätestens seit der Aufklärung die Menschenrechte auch für Ungeborene in Anspruch genommen wurden.

Zum Thema der Stammzellenforschung enthält das Buch ein aufschlussreiches Interview mit dem Bundeskanzler Gerhard SCHRÖDER, der für den Import von embryonalen Stammzellen eintritt, damit die deutsche Wissenschaft nicht den Anschluss an die Spitzenforschung der Biotechnologie verliert. Seine Position setzte sich dann auch letztlich im Bundestag durch. Die Ethik des Heilens scheint den Bundeskanzler mehr zu überzeugen als die Ethik der Menschenwürde. Dass er dabei einen humanitaristischen Fehlschluss begeht, wie HÖFFE an einer anderen Stelle aufgezeigt hat, fällt ihm nicht auf oder stört ihn nicht. Für die PID plädiert auch Margot VON RENESSE („Verbieten hilft nicht“, S. 107ff). Sie schlägt eine Regelung analog zu „rechtswidrig aber straffrei“ der Fristenlösung vor. Gegen die PID positionieren sich die amtierende Justizministerin Herta DÄUBLER-GMELIN („Die Würde des Embryos ist unbezweifelbar“, S. 121ff.), Ernst Wolfgang BÖCKENFÖRDE („Das Tor zur Selektion ist geöffnet“, S. 112ff.) und Hille HACKER („Ein in jeder Hinsicht gefährliches Verfahren“, S. 143ff.).

Weitere Stellungnahmen von renommierten Politikern, Journalisten, Rechtswissenschaftlern, Naturwissenschaftlern und Philosophen wie Andrea FISCHER, Christian SCHWÄGERL, Hubert MARKEL, Stephan SAHM, Jakob

AUGSTEIN, Ernst BENDA und Michael NAUMANN u.v.a.m., lassen mit Recht den Eindruck entstehen, dass mittlerweile zu den anstehenden Themen alle Argumente und Gegenargumente vorliegen und kaum was Originelles mehr gesagt werden kann. Es ist also die Stunde der politischen Entscheidung.

Natürlich gibt es in dem Buch nur eine Auswahl, viele wichtige Wortmeldungen, wie die von Jürgen HABERMAS werden nur am Rande erwähnt, aber durch die Lektüre des Buches erhält man einen ausgewogenen Überblick über eine spannende Debatte, die noch viele praktisch-politische Konsequenzen haben wird.

E. PRAT

## MEDIZIN OHNE ETHIK?

Otfried HÖFFE

*Suhrkamp, Frankfurt am Main 2002*

272 Seiten

ISBN 3-518-12245-2

Die Biopolitik ist eine der wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit. Dies erklärt, warum sie in den letzten Jahren zum Hauptthema der praktischen Philosophie gemacht wurde. Parallel zur biopolitischen Debatte läuft also auch eine ethische Debatte, an der sich nahezu alle Philosophen irgendwann beteiligen. Otfried HÖFFE ist seit der ersten Stunde dabei und hat nun in diesem Band mehrere seiner Wortmeldungen zwischen 1988 und 2001 zum Thema zusammen hergebracht.

Zunächst behandelt er die Rechtfertigungsfrage: Werden die moralischen Ressourcen knapp, dass so viel Ethik „gemacht“ werden muss? „Nur dort, wo sich die Moral nicht mehr von selbst versteht, muss man über sie nachdenken. Wo die Ethik aufblüht, steht es schlecht um die Sitten der Gesellschaft“ (S. 14), dies soll aber nicht gleich als Diagnose des moralischen Untergangs unserer Gesellschaft

verstanden werden, denn „nur insofern versagen die überlieferten Sitten als neue Fragen auftauchen, für deren sachgerechte Beantwortung die bisherigen Sitten nicht genügen. Diese Situation, so meine Leitthese, trifft für große Bereiche der zeitgenössischen Medizin zu: Mehr als nur eines ärztlichen oder medizinischen Ethos, tatsächlich einer veritablen Ethik bedarf die Medizin deshalb, weil sie mit neuen, sogar grundlegend neuartigen Entscheidungsaufgaben konfrontiert wird.“

HÖFFE geht vom KANT'schen Prinzip der Menschenwürde aus, den er als interkulturell gültiges und säkulares, höchstes Moral- und Rechtsprinzip statuiert. Wenn man dieses Prinzip anwendet, sind die Versuche mit Embryonen nicht zulässig. Deshalb kritisiert der Autor die sogenannte Ethik des Heilens und Helfens, die das Dilemma sich entweder an heutigen menschlichen Embryonen oder aber an zukünftigen Patienten schuldig zu werden, zugunsten der letzteren löst. Die Argumentation für diese Lösung enthält einen Fehlschluss, den HÖFFE den humanitaristischen Fehlschluss wegen der Berufung an die „humanitäre Ethik des Heilens und Helfens“ benennt. Dieser tritt sogar in mehrfacher Gestalt auf. Der erste humanitaristische Fehlschluss besteht nun im Verkennen des grundsätzlichen Vorgangs, den der Lebensschutz vor dem Hilfsgebot genießt (S. 45). Der zweite ist die Annahme, ein insgesamt humanitärer Forschungskomplex wie die biomedizinische Forschung sei deshalb in jedem Teil und bei jeder Methode humanitär (S. 46). Den dritten humanitaristischen Fehlschluss begehrt, wer die medizinische Hilfe dem christlichen Gebot der Nächstenliebe angleichen will (S. 46). Dem vierten erliegt der Politiker, der großzügig reiche und baldige Hilfe verspricht, obwohl die Forschung nur die Grundlage für eine zukünftige, zudem nur möglicherweise eintreffende Hilfe legt (S. 47).

Der Autor argumentiert, dass „der Frühembryo den Lebensschutz verdient und mit ihm den Rechtfertigungsgrund des Lebensschutzes, die menschliche Würde“ (s. 79 u. ff.). HÖFFE

lässt für die Legitimierung der Forschung mit Embryonen weder die Güterabwägung irgendwelcher Art noch die Regelung „rechtswidrig, aber straffrei“ gelten.

Einleuchtend ist die Argumentation, die ausgehend von der unantastbaren Würde des Menschen den Schutz des Lebens des Embryos ab der Empfängnis untermauert und keine Abwägung gegen Güter zulässt. Es fällt dabei aber eine gewisse Inkonsequenz Höffes auf, der sich nirgends gegen die Erzeugung in vitro ausspricht, die zwangsläufig eine gravierende Einschränkung des Lebensschutzes mit sich bringt. Dieses Thema wird aber im Buch nicht angesprochen.

Es ist auch nicht ganz nachvollziehbar, warum sich der Autor auf eine Kritik der Entscheidung der Katholischen Kirche in der Frage des deutschen Modells der Beratungsstellen für Abtreibungswillige einlässt. Bekanntlich hat sich die Kirche von dieser Tätigkeit zurückgezogen. Die Kritik wird einfach ziemlich unsachlich, weil der Autor sich anmaßt, die Kompetenz der Kirche in dieser Frage abzuspochen (S. 145, 1. Absatz). Ein Professor für politische Philosophie in Würzburg muss nicht unbedingt wissen, welche Aufgabe, Methoden und Kompetenz die Glaubenskongregation hat und sollte deswegen vorsichtiger im diesbezüglichen Urteil sein. Man kann, auch wenn man nicht einverstanden ist, darüber diskutieren, aber diese Diskussion damit zu beginnen, dass der Vertreter der zu diskutierenden Position nicht kompetent ist, ist nicht sehr redlich, insbesondere dann, wenn dies nicht der Fall ist. Eine sachliche Diskussion der Argumente der Kirche in dieser Frage ist in der Kritik nicht enthalten. Es geht hier um die formelle Mitwirkung bei der Abtreibung, die dadurch gegeben, wenn der Beratungsschein, der von der Beratungsstelle ausgestellt werden muss, *conditio sine qua non* für die Durchführung der Abtreibung wird.

Aber das Buch behandelt auch viele andere Themen, die in der Medizinethik eine wich-

tige Rolle spielen, wie z.B. die Ambivalenz einer jeden Technik, die zum guten und zum schlechten Zweck angewandt werden kann (S. 120 u. ff.); die Übermacht der Diagnostik, die zu einer Allmachtillusion der Medizin führt (S. 131); Sinnorientierung der Medizin und die darauf abgeleitete Forderung nach den Tugenden der Besonnenheit, Gelassenheit, Selbstvergessenheit und Gerechtigkeit in der medizinischen Praxis.

Das Buch endet mit zwölf ethischen Thesen zu intellektuellen, sozialen und humanitären Innovationen in der Medizin. Die zwölfte These lautet: „Statt der innovativen Forschung hinterherzuhinken, ist der Diskurs begleitend zu führen“ (S. 252). Eine gute programmatische These. Wenn der ethische Diskurs der Innovation nicht vorangehen kann, soll er sich zumindest begleitend dem innovativen Prozess gleich anschließen.

Aus seiner bekannten, zwischen deontologischer und eudämonistischer Ethik, d.h. zwischen KANT und ARISTOTELES vermittelnden Position legt Otfried HÖFFE sehr wertvolle und meistens auch originelle Argumente vor, die dem Gedanken einer personalistischen Ethik zumindest sehr nahe kommen, wenn sich nicht überhaupt mit ihr decken.

H. UFER

## MODERNE MEDIZIN – CHANCE UND BEDROHUNG

Ruth BAUMANN-HÖLZLE

*Peter Lang Verlag, Bern 2001*

*361 Seiten*

*ISBN 3-906766-55-1*

Die Autorin ist Dozentin für Ethik in Medizin und Pflege und Präsidentin des Vereins „Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik“ in der Schweiz.

In dem vorliegenden Band sind 28 Referate und Aufsätze wiedergegeben, welche im

Zeitraum 1990 bis 2000 entstanden und zum größten Teil in Fachzeitschriften oder Tageszeitungen publiziert worden sind. Die Artikel sind nicht chronologisch, sondern entsprechend ihrer Thematik „entlang dem Lebensbogen“ geordnet: Den Anfang bilden 4 Aufsätze mit Stellungnahmen zur Medizinethik im Allgemeinen („Bezugspunkt“, ca. 60 Seiten), es folgt eine eingehende Behandlung der Ethik pränataler Diagnose- und Selektionsverfahren sowie der In-Vitro-Fertilisation („Risiko“, ca. 90 Seiten). Im darauf folgenden Abschnitt werden die ethischen Implikationen der Transplantationsmedizin und der Gentechnologie untersucht („Spitzenmedizin“, ca. 60 Seiten). Als nächstes folgt die Erörterung medizinischer Fragen der Geriatrie und Altenpflege, sowie des Themas Euthanasie („Abschied“, ca. 90 Seiten). In einem abschließenden Kapitel wird die Ökonomie im Gesundheitswesen und ihre ethischen Implikationen betreffend Rationierung und Verteilungsgerechtigkeit abgehandelt („Solidarität“, ca. 30 Seiten).

Da die einzelnen Aufsätze zu verschiedenen, gerade aktuellen Anlässen entstanden sind und jeweils nur einen bestimmten Aspekt medizinischen Handelns thematisieren, fehlt eine systematische Erörterung. Der Leser selbst muss versuchen, Bindeglieder zwischen den einzelnen Aufsätzen zu finden, was manchmal nicht leicht ist, da Argumentationsfiguren, Einschätzungen und Schwerpunkte zeitlich weit auseinander liegender Schriften differieren.

Das Vorwort und die Aufsätze mit allgemeinem Inhalt erläutern den gewählten Referenzpunkt medizinischer Entscheidungen: es ist das autonome Subjekt wie es in der Tradition KANTS definiert ist. Auf Grund seiner Autonomie (Selbstbestimmung) darf es niemals für Zwecke anderer gebraucht werden. Daraus resultiert seine Unverfügbarkeit und Würde. Für den Arzt bedeutet das, dass er einerseits das ihm anvertraute menschliche Leben niemals für fremde Interessen missbrauchen oder gegen diese aufrechnen darf (utilitaristische Fehlhaltung) und dass er andererseits auch

keine eigenmächtige Heilbehandlung durchführen darf (paternalistische Fehlhaltung). Ärztlichem Handeln liegt ursprünglich ein Abhängigkeitsverhältnis zugrunde, in welchem auf der einen Seite der auf Grund seines Zustandes (krank, behindert, unentwickelt) in seiner Autonomie eingeschränkte Patient, und auf der anderen Seite der mit aller Kompetenz und allen Möglichkeiten ausgestattete Arzt stehen. Aus diesem Abhängigkeitsverhältnis entspringt die Besonderheit des ärztlichen Ethos, welches darin besteht, gerade den durch seinen Naturzustand nicht autonomen Menschen in seiner Würde ernst zu nehmen und ihm im Felde von Leib und Seele (wieder) zu seiner Autonomie zu verhelfen. Dieses Verhältnis macht deutlich, dass nicht eine vorgegebene Autonomie Grund der Menschenwürde, sondern umgekehrt die vorausgegebene Würde, im Sinne eines Werdehorizonts, der Grund der Autonomie ist. Da jegliches Werden an Beziehungen gebunden ist, handelt es sich in der Tat um einen Beziehungshorizont. Insofern der Mensch für menschliche Beziehungen – inkludierend die Beziehung zu Gott – offen ist, insoweit kommt ihm Würde zu. Niemand kann ihn zu solchen Beziehungen zwingen oder an seiner Statt diese Beziehungen schaffen. Darin liegt seine Autonomie und Einzigartigkeit als Person. Ist der Mensch in irreversibler Weise zu menschlichen Beziehungen nicht mehr fähig, erlischt auch seine subjektive, durch eigene Freiheit gesetzte Würde. Was bleibt ist sein Wert, den ihm die Liebe eines Anderen verleiht.

Eine besondere Form der menschlichen Beziehung ist jene der Mutter zu ihrem noch ungeborenen Kind. Die Mutter nimmt Anteil am Werden des Ungeborenen und umgekehrt nimmt das Kind Anteil am Werden der Mutter. Würde der Mutterschaft und Würde des Ungeborenen bedingen sich daher gegenseitig. Trotz dieser Reziprozität hinsichtlich des Würdestatus besteht ein radikales Abhängigkeitsverhältnis zwischen Mutter und Ungeborenem hinsichtlich des Autonomiestatus. Aus

diesem Abhängigkeitsverhältnis entspringt, in Analogie zum Verhältnis Arzt – Patient, das besondere Ethos der Mutterschaft, das sich in physiologischer Weise während der Schwangerschaft – BAUMANN-HÖLZLE vergleicht diese Verwandlung mit einer „Häutung“ – entwickelt. Während der ersten Monate der Schwangerschaft, während welchen dieses physiologische Ethos noch nicht entwickelt ist, kann es zu einem Autonomiekonflikt zwischen Frau und Ungeborenem kommen, wenn die Schwangerschaft unerwünscht war. Es überrascht, dass die Autorin im Falle des Schwangerschaftskonflikts von einer Pattstellung spricht, welche weder gegen das Interesse (die Autonomie) der Frau noch gegen das Interesse (die Autonomie) des Ungeborenen gelöst werden dürfe. Es liege ausschließlich im Ermessen der Frau, sich für die eine oder andere Option zu entscheiden. Alles, was sich im Inneren des Körpers der Frau abspielt, müsse juridischem Zugriff von außen entzogen bleiben. Hat sich die Frau für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden, so resultiere daraus sowohl eine individuelle als auch eine kollektive Schuld, welche auch die Kirche mitzutragen habe. Diese Mitschuld ergebe sich aus der Tatsache, dass Kirche und Gesellschaft jeden kritischen Diskurs scheuten, welcher die Autonomie der Person betrifft. Dadurch bliebe die Frau mit ihrem Konflikt letztlich allein. Daraus resultiere die Gefahr, dass der oder die mit existentiellen Fragen Alleingelassene sich einer fundamentalistischen Subkultur, wie z.B. dem Opus Dei, anschließe, welche durch fertige Antworten jeden Diskurs erst recht ersticke. – Der Rezensent steht fassungslos vor der Selbstwidersprüchlichkeit einer solchen Argumentation.

Die folgenden 4 Aufsätze (datierend von 1993 – 2000) befassen sich mit den ethischen Implikationen pränataler Diagnostik. Beklagt wird eine zunehmende Verbreitung der Pränataldiagnostik, sei es infolge individueller oder vom Arzt suggerierter Wunschindikation, sei es infolge gesellschaftlich (WHO) emp-

fohlener eugenischer Indikation (z.B. „Eradikation des Down-Syndroms“). Als negative Folge eines pränataldiagnostischen Screenings wird die zunehmende Diskriminierung von Behinderten und die Förderung der Illusion vom perfekten Menschen befürchtet. Für die einzelne Frau impliziert die Durchführung der Pränataldiagnostik eine wertende Stellungnahme gegenüber ihrem Ungeborenen, welche der Würde werdenden Lebens und der Würde der Mutterschaft widerspricht. Die Autorin plädiert daher in früheren Aufsätzen dafür, auf die Pränataldiagnostik überhaupt zu verzichten, es sei denn, es handle sich um einen Notfall oder um den elterlichen Wunsch, sich auf ein möglicherweise behindertes Kind besser vorbereiten zu können. Im jüngsten Aufsatz aus dem Jahr 2000 revidiert die Autorin allerdings ihre restriktive Haltung und macht eine „verantwortliche Güterabwägung“ geltend, welche die mutmaßliche Lebens- und Leidenssituation des Kindes und der Eltern einbezieht. Dadurch könne die „Gesellschaft“ moralisch in eine Pattsituation geraten: Entweder es werde die Frau dazu instrumentalisiert, das Kind auszutragen oder es werde das Kind instrumentalisiert, indem es der Güterabwägung zum Opfer fällt. Bei dieser Argumentation lässt die Autorin unberücksichtigt, dass auf Grund der Einzigartigkeit der Person niemand an Kindes Statt dessen „mutmaßliche Lebens- und Leidenssituation“ beurteilen kann. Für die Mutter selbst gilt ohnehin, dass sie auf Grund ihrer „Häutung“ zur Mutterschaft, auch ein behindertes Kind liebevoll annehmen wird.

Drei weitere Aufsätze befassen sich mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) und der dazugehörigen In-vitro Fertilisation (IVF). Die Autorin nimmt dabei Stellung zu Gesetzesentwürfen des Schweizer Bundesrates. Sie lehnt PID von Grund aus ab, und zwar mit ähnlichen Argumenten, wie sie auch vom Institut IMABE vorgetragen wurden. Hinsichtlich IVF als Voraussetzung dazu urteilt BAUMANN-HÖLZLE in zwei verschiedenen Aufsätzen jedoch unterschiedlich. In einer älteren Publikation

(1995) argumentiert sie gegen IVF, weil dabei „überzählige“ Embryonen anfallen, deren „Produktion“ der Menschenwürde widerspreche. Darüber hinaus sei die Methode für die Frau psychisch sehr belastend. Anstatt nach technischen Lösungen für die Kinderlosigkeit zu suchen, sollten Forschungsgelder lieber dafür verwendet werden, die Ursachen von Unfruchtbarkeit aufzudecken und zu beseitigen. In einem jüngeren Aufsatz (2000) hingegen sieht die Autorin in den Rahmenbedingungen der IVF kein Problem mehr. Vielmehr gelte es bei der Ethik der Zeugung allein darauf zu achten, dass die menschliche Willensfreiheit der menschlichen Leiblichkeit keinen Schaden zufügt. Der freiwillige Zeugungsakt konstituiere ein Verantwortungsverhältnis zur hervorgebrachten menschlichen Leiblichkeit. Dieses Verantwortungsverhältnis werde im Falle homologer IVF eingelöst, weshalb sie, trotz ihres technischen Charakters, sittlich gerechtfertigt sei, im Falle heterologer IVF hingegen nicht, was sie sittlich unerlaubt mache, es sei denn, der Samenspender verzichtet auf Anonymität. Die Einlösung des Verantwortungsverhältnisses verlange außerdem eine stabile elterliche Lebensgemeinschaft. Die Gesellschaft könne aber die Stabilität einer Lebensgemeinschaft weder überprüfen noch garantieren. Es sei daher IVF immer dann sittlich zu rechtfertigen, wenn ein Paar bloß einen entsprechenden Wunsch äußert. Angesichts einer solchen Minimalforderung sei vorangehende Beratung durch psychologisch und ethisch geschulte Personen unabdingbar, wobei das Beratungsziel darin bestehen solle, im Paar ein geeignetes Tugendbewusstsein wachzurufen. Angesichts einer individualistischen, hedonistischen und utilitaristischen Gesellschaftspraxis bestehe dazu großer Handlungsbedarf. – An diesem Beispiel kann man sehen, wohin an sich korrekte Überlegungen führen, wenn sie von verkürzten Voraussetzungen ausgehen.

Im Kapitel „Spitze“ werden zuerst ethische Fragen der Transplantationsmedizin angespro-

chen. Ausgehend von der Grundlage der Menschenwürde und Menschenrechte werden die Kriterien für eine zulässige Organentnahme behandelt. Im Falle der Organspende unter Lebenden ist die informierte Zustimmung von Spender und Empfänger erforderlich und es ist jeder Organhandel verboten. Im Falle der Organspende von Toten vertritt die Autorin die Meinung, dass die Hirntoddefinition ursprünglich als Kriterium für das Abschalten von Maschinen, nicht aber als Kriterium für mögliche Organentnahme eingeführt wurde. Daher reiche die Hirntoddefinition zur Organentnahme nicht aus. Der Hirntod definiere nicht automatisch das Ende des Personseins. Hingegen sei die Hirntoddefinition zulässig für eine Organspende, wenn der Spender zuvor als kompetente Person seine informierte Einwilligung gegeben hat. Aus demselben Grund sei eine Organentnahme bei todgeweihten Anencephalen nicht zulässig.

Ein weiteres Spitzenthema der Medizin betrifft die Gentechnologie. Die Autorin fragt, inwieweit es zulässig ist, das menschliche Genom zu verändern. Eingriffe in die menschliche Keimbahn seien auf jeden Fall abzulehnen, weil künftigen Generationen keine Gelegenheit gegeben sei, hiezu ihre informierte Zustimmung zu geben. Aber auch bei Eingriffen in das somatische Genom sei äußerste Wachsamkeit am Platz, da der Mensch das Gute und Böse der Schöpfung nicht vollständig erkennen könne und eine „Verbesserung“ der Schöpfung daher eine Anmaßung darstelle. Außerdem hätten die modernen Technologien generell zu sehr negativen Konsequenzen geführt. Zweifellos besteht ein qualitativer Unterschied zwischen Manipulation toter Materie und Eingriffen in lebende Organismen. Es muss aber gesagt werden, dass eine ängstliche Einschränkung der Handlungsfreiheit zugleich Ausdruck einer Kleingläubigkeit wäre, welche dem christlichen Geist der Gotteskindschaft widerspricht. Eine Gesellschaft hingegen, die sich über Gott erhaben dünkt, muss zurecht die Folgen ihrer

Handlungen fürchten.

Zu den besten Kapiteln des Sammelbandes gehört die Behandlung ethischer Probleme in der Geriatrie. Zum Einen befindet sich diese im Spannungsfeld zwischen dem medizinisch Machbaren und dem vom Patienten bzw. dessen Angehörigen Gewünschten. Zum Anderen befindet sie sich im Spannungsfeld einer individuellen Kosten-Nutzen-Abwägung und gerechter Ressourcenverteilung. Die Vielzahl z.T. sehr effizienter Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin verleitet zum technischen Imperativ, demzufolge das technisch Mögliche zum moralisch Geforderten wird. Die dadurch bewerkstelligte Lebensverlängerung kann zu einer unverhältnismäßigen Zunahme des Leidens und der Abhängigkeit führen, welcher der autonome Patient oder dessen Angehörige mit dem Wunsch nach aktiver Beendigung des Leidens entgegentritt. Daraus resultiert das ethische Problem der Euthanasie.

In ihrer Stellungnahme des Jahres 1993 lehnt die Autorin sowohl den „technischen Imperativ“ als auch die Aufhebung des Tötungsverbotes oder die Unterstützung des Suizids alter Menschen ab. Beide entspringen der Illusion einer unumschränkten Macht des Menschen. BAUMANN-HÖLZLE plädiert an deren Stelle für ein Paradigma des Menschengerechten, welches darin besteht, einerseits ärztliche Therapie als das zu begreifen, was sie dem ärztlichen Ethos und dem griechischen Wortsinne zufolge immer schon war und ist – ein Dienst an der leidenden Person, andererseits Ansprüche der Menschenrechte auf den Sinn von Gerechtigkeit zurückzuführen, welcher die Pflicht zugrunde liegt, jedem das Seine zu geben. Freiheit und Abhängigkeit, Aufgebenheit und Vorgegebenheit als verwobene Grundkonstanten menschlicher Existenz sollen mit gleichem Gewicht respektiert werden. Derart können in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient Vertrauen, Lebensfreude und Zuneigung als irdische Zeichen überirdischen Glaubens, Hoffnung und Liebe er-

wachen – ein wunderschöner Gedanke!

Vor diesem Hintergrund lehnt die Autorin sowohl die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden (1994) als auch eine entsprechende Initiative in der Schweiz (1995, sog. Motion Ruffy) ab. Auf diesem Grund formuliert sie auch, gemeinsam mit einem Internisten, ein siebenstufiges Programm ethischer Urteilsbildung, welches die eingangs geschilderten Spannungsfelder menschengerecht zu lösen verspricht. In einer Arbeit aus dem Jahr 1999 verlässt sie aber in der Frage der Euthanasie die Forderungen des Arztethos wieder zugunsten bloß konsequentialistischer Argumente und nimmt die Forderungen der Menschenwürde zugunsten von Klugheitsabwägungen innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft zurück.

Die letzten 3 Aufsätze befassen sich mit ökonomischen Fragen des Gesundheitswesens in der Schweiz. Anders als (dzt.) in Österreich scheinen die ökonomischen Zwänge in unserem westlichen Nachbarland noch mehr Einfluss auszuüben, sodass überlegt wird, interdisziplinäre Kommissionen einzusetzen, welche festlegen, ob im konkreten Fall eine bestimmte Therapie begonnen oder fortgesetzt werden kann oder aber aus ökonomischen Rücksichten die Behandlung abgebrochen werden muss. Die Autorin macht Vorschläge, wie man solche Rationierung umgehen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Der Sammelband greift alle brennenden ethischen Fragen der modernen Medizin auf und behandelt sie auf dem Hintergrund des Paradigmas der Menschenrechte und Menschenwürde. Die einzelnen Aufsätze sind von unterschiedlicher Qualität. Hervorragende Gedankenführungen wechseln mit zuweilen wenig überzeugenden bis widersprüchlichen Argumenten. Nirgends zitiert die Theologin auch nur ein einziges Mal das kirchliche Lehramt. Das wäre im Interesse des beschworenen Pluralismus und fundierter Argumentation doch auch einem Vertreter der reformierten Kirche zuzumuten. Insgesamt wirkt das

Buch, trotz Anreihung der Themen im Lebensbogen, uneinheitlich und schwer lesbar. Es wird dem Leser zugemutet, eine über 10 Jahre laufende Geistesentwicklung der Autorin, die eine erhebliche Spanne und Spannung aufweist, nachzuvollziehen.

W. RELLA

### **PATIENTENORIENTIERTE GESPRÄCHS-FÜHRUNG IM PFLEGEPROZESS**

Annelies FITZGERALD & Gerda ZWICK

Springer Verlag, Wien 2001

117 Seiten

ISBN 3-211-83664-0

Dieses Buch soll eine Anleitung für den Umgang mit Patienten während des gesamten Pflegeprozesses sein.

Schon vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten ist es ratsam über seine Person (Name, Alter und den Grund seiner Aufnahme) informiert zu sein. So sind viele Patienten erfreut und fühlen sich als Person geachtet, wenn sie gleich mit ihrem Namen angesprochen werden. Auch Gesten der Freundlichkeit, wie ein nettes Lächeln und die Hand zur Begrüßung reichen, sind sehr hilfreich, um von Anfang an eine gute Pflegebeziehung aufzubauen. Diese erste Berührung schafft Nähe und Vertrauen und kann unruhigen, nervösen oder verängstigten Patienten beruhigen und Mut machen. Körperliche Berührungen sind vor allem bei Menschen deren Hör- oder Sehfähigkeit beeinträchtigt ist, sehr wichtig. Bei Personen mit solchen Einschränkungen sollte man auf keinen Fall vergessen, sie vor einer Pflegehandlung zu informieren und auf ihre Körpersprache bzw. Mimik zu achten, um zu erkennen, ob es ihnen unangenehm ist.

Auch das Auftreten des Patienten gibt uns Aufschluss über seine Person. Dabei ist auf sein äußeres Erscheinungsbild, seine Mobilität und auf seine körperliche Verfassung zu achten.

Durch die Nervosität bei der Aufnahme

kann es vorkommen, dass Dinge vergessen werden. Daher ist es sinnvoll wichtige Inhalte eines Gespräches schriftlich ev. in Form eines Informationsblattes festzuhalten. Auch einfache Bilder oder Skizzen können es erleichtern, Abläufe zu rekonstruieren.

Bei dem Gespräch mit dem Patienten ist vor allem die Art und Weise, wie mit ihm gesprochen wird, von großer Bedeutung. Fragen an den Patienten sollten einfach und klar formuliert werden. Wichtig ist es, keine unnötigen Fremdwörter, die dem Patienten unbekannt sind, zu verwenden. Außerdem sollte ihm oder ihr der Zweck des Gesprächs mitgeteilt werden.

Während Gesprächen kann man auch Erwartungen, die der Patient gegenüber dem Pflegepersonal hat, besprechen. Auch das Pflegepersonal soll Erwartungen an den Patienten zum Ausdruck bringen: wie zum Beispiel, dass er frei seine Wünsche äußert, dass bei Erklärungen aufmerksam zugehört wird, oder dass Anweisungen befolgt werden.

Oft ist es nicht leicht solche Gespräche zu führen. Es gibt Menschen die viel reden und einfach nicht mehr aufhören. Bei solchen Personen sind direkte, so genannte Ja-Nein Fragen sehr hilfreich. Wenn der Gesprächspartner vom Thema abkommt, dann kann darauf hingewiesen und eventuell ein neuer Termin für ein ausführlicheres Gespräch angeboten werden.

Aber auch das Gegenteil ist möglich, dass jemand fast nichts reden will. Bei solchen Menschen sollten offene Fragen gestellt werden, bei denen der Patient nicht nur mit Ja oder Nein antworten kann.

Es gibt allerdings auch Personen, die allen Fragen ausweichen. Hier kann versucht werden die Fragen anders zu formulieren. Sollte dies zu keiner Lösung führen, so spricht man den Patienten direkt an, und erklärt, dass Hilfe nur dann möglich ist, wenn er oder sie sich kooperativ verhält. Wenn darauf auch keine Verbesserung der Situation erfolgt, so kann ein anderer Gesprächspartner angeboten werden.

Häufig muss über Themen gesprochen werden, welche in unserer Gesellschaft ein Tabu

darstellen, wie etwa Sexualität oder Ausscheidung und der gleichen. Hier sollte zuerst abgeklärt werden, ob die Fragen im Moment wirklich von wichtiger Bedeutung für den weiteren Pflegeprozess sind. Sollten die Fragen wirklich notwendig sein, so muss der Patient über den Grund und den Verwendungszweck jeder einzelnen Information aufgeklärt werden.

Nach dem Erstgespräch wird die Pflege geplant. Auch diese sollte nach Möglichkeit immer mit dem Patienten besprochen werden. Die Ressourcen des Patienten sollten dabei berücksichtigt werden, denn diese fördern die Motivation. Pflegediagnosen sollen so kurz, genau und prägnant wie möglich sein. Man sollte immer eher Nahziele (Ziele, die man nach z.B. einer Woche schon erreichen kann) festlegen, damit der Patient schnelle Fortschritte erkennen kann und seine Motivation und die des Pflegepersonals steigt. So kann er sich Schritt für Schritt seinem Fernziel nähern.

Pflegemaßnahmen, die festgelegt werden, müssen auch durchgeführt werden. Wenn ein Punkt des Pflegeplans nicht erreicht oder geändert wird, so sollte dies mit dem Patienten

vorher besprochen, dokumentiert und begründet werden.

Es kann auch vorkommen, dass einige Pflegepersonen den Patienten erst im Rahmen der Dienstübergabe zum ersten Mal kennen lernen. Dabei wird oft nicht nur über den Patienten und seine Person (Name, Alter und den Grund seines Aufenthaltes) gesprochen, sondern es werden auch Kommentare über die Eigenheiten des jeweiligen Patienten (ist lästig und läutet wegen jeder Kleinigkeit, usw.) weitergegeben. Durch solche Aussagen entstehen leider Vorurteile, welche den gesamten weiteren Pflegeprozess negativ beeinflussen können. Aus diesem Grund sollten bei der Dienstübergabe vorwiegend sachliche und objektive Daten an Kollegen weitergegeben werden.

Dieses Buch ist lesenswert, nicht nur für Anfänger im Pflegedienst, sondern auch für solche, die schon jahrelange Erfahrungen aufweisen. Auf einfache, aber tiefgehende Weise wird der Leser mit den Problemen des Pflegebedürftigen konfrontiert und dadurch sensibilisiert.

A. KARNER

## Publikationen des IMABE-Instituts

### Bücher

*Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens* (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

*Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin* (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

*Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.* (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82688-2

*Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung.* (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

*Leben-Sterben-Euthanasie?* (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

### Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkulären Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

### Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen

### VORSCHAU

*IMAGO HOMINIS Band 10 • Heft 1/2003*

Schwerpunkt  
Palliativmedizin





## Inhaltsverzeichnis

<b>EDITORIAL</b> .....	221
<b>AUS AKTUELLEM ANLASS</b>	
<b>J. KÖNIGSEDER</b> „Geschlechtswahl mittels Spermioselektion“ .....	223
<b>J. BONELLI</b> „Hat die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt die Diskussion über biopolitische Themen gefördert und be- lebt?“ .....	225
<b>IMABE-INSTITUT</b> „UNO bereitet Klonverbot vor“ .....	227
<b>SCHWERPUNKT: IVF – Hinterfragung einer Praxis</b>	
<b>A. SONNENFELD</b> „Ärztliche Heilkunst im Dienste der Person“ .....	229
<b>W. MIXA</b> „Zur Frage der moralischen Legitimität der IVF“ .....	237
<b>C. HILLGRUBER</b> „Die verfassungsrechtliche Problematik der IVF“ .....	245
<b>N. AUNER</b> „Moralischer Status des menschl. Embryos in vitro“ .....	255
<b>FALL</b> .....	267
<b>T. GAUDERNAK</b> „Kommentar zum Fall“ .....	269
<b>TAGUNGSBERICHT</b> .....	271
<b>NACHRICHTEN</b> .....	274
<b>ZEITSCHRIFTENSPIEGEL</b> .....	277
<b>BUCHBESPRECHUNGEN</b> .....	279