

Medizinethik I: Embryonenforschung

Günther Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien, Facultas, 2002

Schriftliche Arbeit (Zusammenfassung)

Lin Burian-Friesenbichler, Loquaipplatz 13/10, 1060 Wien,

0043-1-9740569, 0043-676-3586993

Theologischer Kurs Erzdiözese Wien, Kurstyp 1

Inhaltsverzeichnis

- I. Einleitung
- II. Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik
- III. Methoden ethischer Urteilsbildung
- IV. Normative Begründung einer Medizin-Ethik
- V. Gesunder und kranker Mensch als leiblich-personales Wesen
- VI. Arzt-Patienten-Verhältnis
- VII. Prädiktive Medizin
- VIII. Gentherapie
- IX. Embryonenforschung
- X. Die Debatte über den Lebensschutz
- XI. Persönliche Stellungnahme
- XII. Literaturverzeichnis

I Einleitung

Als Bindungstherapeutin habe ich es in meiner Praxis tagtäglich mit ethischen Fragestellungen zu tun, die aufgrund meiner Spezialisierung auf die Betreuung von Paaren, Schwangeren und Eltern mit Neugeborenen und Kleinkindern sehr oft die Themen von Lebensschutz und Lebensbeginn tangieren. In den 15 Jahren meiner therapeutischen Tätigkeit beobachte ich ein kontinuierliches Ansteigen der Zahl junger Paare, die ihren Kinderwunsch mit Hilfe der assistierten Fortpflanzungsmedizin zu verwirklichen suchen. Dabei begegnen mir Scheitern und Erfolg, Unsicherheit und Enttäuschung, Dankbarkeit und Überforderung gleichermaßen. In der wichtigen Anbahnungsphase einer künstlichen Befruchtung sind Hilfesuchende oft allein auf die Auseinandersetzung mit ihrem ärztlichen Betreuer angewiesen. Von ihm sollten sie neben fachlich-medizinischer Aufklärung auch Kriterien zur ethischen Urteilsbildung an die Hand bekommen. Meiner Erfahrung nach ist dies selten der Fall, vielmehr stehen Fragen der medizinischen Machbarkeit und Erhöhung der Erfolgsquote im Vordergrund. Obwohl einer strengen gesetzlichen Regelung unterworfen, ist die „Überproduktion“ lebensfähiger Embryonen auch in Österreich nicht auszuschließen, mit allen ethischen, psychischen und sozialen Implikationen, die das für Eltern, Kind, Arzt und Gesellschaft mit sich bringt. Ebenso steigend ist die Zahl werdender Mütter, die in ihrer Schwangerschaft mit den Möglichkeiten der modernen Pränataldiagnostik konfrontiert bzw. fast schon selbstverständlich damit versorgt werden. Zumindest einige Techniken nicht-invasiver Pränataldiagnostik werden nach meinem Eindruck bereits flächendeckend angewendet, ohne die zugehörigen ethischen, psychischen und relationalen Perspektiven hinreichend zu explorieren.

Um Ratsuchende fundierter für ethische Fragestellungen sensibilisieren und bei Entscheidungsfindungen begleiten zu können, habe ich für meine Arbeit das Standardwerk „Grundkurs Medizin-Ethik“ von Univ.Prof. Dr. Günther Pöltner gewählt und zusammengefasst.

II Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik

Gegenwärtige Bedingungen medizinischen Handelns

Medizinisches Handeln bewegt sich in einer fachlich-technischen und einer sittlich-praktischen Dimension. Für Pöltner „(...)ist eine ethische Überlegung kein äußerlicher Bestandteil medizinischen Handelns, sondern eines seiner konstitutiven Momente“¹.

¹ Pöltner, Günther, Grundkurs Medizin-Ethik, S. 11. Im Folgenden zitiert mit in Klammern gesetzten Seitenzahlen im Text.

Diese innere Zusammengehörigkeit wird von jeher im ärztlichen Standesethos dargelegt². Dank moderner Forschungsmethoden haben sich zahlreiche Innovationen ergeben. Die Auswirkungen auf das Selbstverständnis des Menschen im Allgemeinen und das Arzt-Patienten-Verhältnis im Speziellen sind schwerwiegend. Z.B. werfen gentechnologische Möglichkeiten Fragen in Hinsicht auf die Definition des Lebensbeginns auf, methodischer Reduktionismus birgt die Gefahr der Anonymisierung des Patienten. Durch die Spezialisierung medizinischer Disziplinen und der daraus resultierenden arbeitsteiligen Behandlung des Patienten wird die Arzt-Patienten-Beziehung berührt und „(...)die Unteilbarkeit der ärztlichen Verantwortung zum Problem“ (S. 13).

Gesellschaftlicher Wertpluralismus, Recht und Ethik

In der vorhandenen Vielfalt gleichberechtigter Wertvorstellungen und Weltanschauungen ist ein einheitliches, „verlässliches“ Gesamtethos nicht (mehr) denkbar. Das befreit einerseits vom Druck auf Anpassung, erschwert andererseits die Orientierung. Für die Medizin entfällt dadurch die „(...) ausschließliche Orientierung (...) am Standesethos“ (Seite 14). Hinzu kommen die Mehrfachfunktionen moderner Ärzte und die nicht seltene Wandlung der Arzt-Patienten-Beziehung in ein Dienstleistungsverhältnis. Dennoch sucht die pluralistische Gesellschaft in ihrer Beschränkung auf die Freiheit ermöglichende Grundwerte durchaus auch plurale Ethosformen. Eine Gefahr sieht Pöltner in der sog. Zweckrationalität³, die Sinn und Zweck gleichsetzt und medizinisches Handeln allein an ihren Effizienzkriterien misst.

Das Verhältnis von Ethik und Recht beschreibt Pöltner wie folgt: Beides sind normative Wissenschaften, die danach fragen, wie gehandelt werden soll, nicht wie gehandelt wird. Das Recht ist sanktionsbewehrt, die Ethik wendet sich dagegen nur an das Gewissen. Recht und Ethik sind aufeinander angewiesen. Rechtsetzung hat ethische Grundlagen, andererseits ist die Ethik auf rechtliche Grundlagen angewiesen, sofern sie nicht unverbindlich bleiben will.

Ethos und Ethik

Ethos und Ethik sind nicht gleichzusetzen. Ethos⁴ ist „(...)die gelebte sittliche Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft oder Epoche. Es umfasst (...) einen Bestand von Handlungsregeln, Grundhaltungen, Wertmaßstäben, Sinnvorstellungen sowie Institutionen

² Ein Beispiel dafür ist der „Eid des Hippokrates“

³ Zweckrationalität - Handlungsprinzip, das ein Handeln beschreibt, das ausschließlich daran orientiert ist, ein bestimmtes Ziel mit den wirksamsten Mitteln und unter rationaler Abwägung möglicher Folgen und Nebenwirkungen zu verwirklichen (Zweck-Mittel-Prinzip), Max Weber, enzyklo.de, 10.2.2012

⁴ (griech. ETHOS = Gewohnheit, Charakter, Sitte; oder Moral, lat. mos = Sitte)

und bildet so einen normativen Rahmen für das Verhalten des Menschen zu seinesgleichen, zu sich selbst und der Welt. (...) Als geschichtlich gewachsen und durch Erziehung vermittelt, ist es zwar wandelbar, dennoch der individuellen Willkür entzogen und in diesem Sinne objektiv vorgegeben. Es behält seine (...) Kraft allerdings nur solange, als es von der Zustimmung derer getragen wird, die sich von ihm in produktiver Aneignung bestimmen lassen“ (S. 17).

Ethik⁵ hingegen ist die philosophische Wissenschaft des Ethos. „Ethik ist die methodisch-kritische Reflexion auf das menschliche Handeln unter der Fragehinsicht der Differenz von gut und böse“ (S. 18). Ethik sucht, als Disziplin der praktischen Philosophie, handlungsanleitendes Wissen. Sie fragt, wie gehandelt werden soll, um gut zu handeln. Sie bezieht sich weder auf religiöse Autorität, was eine religiöse Vertiefung von Ethik nicht ausschließt⁶, noch auf gefühlsmäßige Zustände, sondern sucht allein objektive, allgemeinverbindliche und begründbare Sätze⁷.

Einheit von Medizin und Medizin-Ethik

Die Medizin-Ethik ist der Medizin nicht als Zusatzdisziplin zuzuordnen. Sie ist ihr vielmehr immanent und „bildet eines ihrer konstitutiven Strukturmomente“ (S. 21). Sie ist zwar in ihrem Umfang beschränkt, nichtsdestotrotz ist sie von der allgemeinen Ethik nicht unabhängig, sondern bezieht sich auf deren anerkannte sittliche Prinzipien.

Die Medizin ist ihrem Wesen nach eine praktische Wissenschaft, die a) die Heilung kranker Mitmenschen, b) die Linderung ihrer Leiden und c) die Prävention und Rehabilitation zum Ziel hat. Sie ist grundsätzlich keine angewandte Naturwissenschaft, weil diese die Medizin nicht von ihrem Ziel, sondern von einem ihrer Mittel her bestimmen würde. Daraus resultierte in letzter Konsequenz die Vertreibung des Subjekts aus der Medizin⁸ (Reparaturmedizin). „Medizin ist nicht verlängerte Naturwissenschaft⁹“, denn ihr geht es nicht basal um das Aufstellen allgemeiner Theorien, sondern darum, zutreffende

⁵ (griech. ETHIKE EPISTEME)

⁶ vgl. S. 18

⁷ Pöltner zitiert dazu Aristoteles, Nik. Eth. I, 1095a: Ethik ist keine theoretische, sondern eine sittlich-praktische Disziplin, deren Ziel „nicht die Erkenntnis sondern das Handeln ist“.

⁸ vgl. S. 23

⁹ S. 24, Pöltner zitiert an dieser Stelle Kant, Kritik der reinen Vernunft, B 173: „ein Arzt daher, ein Richter oder ein Staatskundiger, kann viele schöne pathologische, juristische oder politische Regeln im Kopfe haben, in dem Grade, dass er selbst darin gründlicher Lehrer werden kann, und wird dennoch in Anwendung derselben leicht verstoßen, entweder weil es ihm an natürlicher Urteilskraft (obgleich nicht am Verstande) mangelt, und er zwar das Allgemeine in abstracto einsehen, aber ob ein Fall in concreto darunter gehöre, nicht unterscheiden kann, oder darum, weil er nicht genug durch Beispiele und wirkliche Geschäfte zu diesem Urteile abgerichtet worden. Dieses ist auch der einzige und große Nutzen der Beispiele: dass sie die Urteilskraft schärfen“.

und handlungsrelevante Aussagen über eine Person zu machen. Genau so wenig ist Medizin eine Geisteswissenschaft, denn sie zählt nicht zu den theoretischen Wissenschaften. Medizinisches Handeln ist in mehreren Dimensionen zu beurteilen: einmal pragmatisch in ihrer Unterscheidung zwischen richtig und falsch und einmal moralisch in ihrer Unterscheidung von gut und böse¹⁰.

Der interdisziplinäre Status und das Dilemma einer Medizin-Ethik

Die gegenseitige Angewiesenheit medizinischer und medizin-ethischer Kompetenzen begründet den interdisziplinären Status der Medizin-Ethik und führt gleichzeitig in jenes Dilemma, dem sich die Medizin-Ethik gegenüber sieht: überschätzt oder unterschätzt zu werden. Die Erwartung an die Ethik, konkrete Handlungsanweisungen zu liefern, ist überhöht. Ihre Aufgabe ist lediglich, Methoden ethischer Urteilsbildung bzw. ethische Problemstellungen aufzeigen. Die Unterschätzung bzw. Degradierung zu einer sog. „Bindestrich-Ethik“ unterstellt der Medizin-Ethik Wirkungslosigkeit. Dieser Vorwurf erklärt sich aus dem Umstand, dass ethische Sichtweisen niemals unter Zwang durchgesetzt werden können. Sie müssen in Freiheit angenommen werden.

Medizin-Ethik und Anthropologie

Medizin-Ethik kommt ohne „Menschenlehre“ nicht aus: „Das für den Menschen Gute lässt sich nicht ermitteln, ohne gleichzeitig zu fragen, wer der Mensch und was für ein Wesen der Mensch ist“ (S. 31). Jede Ethik hat, wenn auch unausgesprochen, anthropologische Hintergründe. Insbesondere im Bereich der medizinischen Forschung muss die Frage gestellt werden: Welches Menschenverständnis leitet uns?

III Methoden ethischer Urteilsbildung

Um die Grundzüge einer Medizin-Ethik zu ermitteln, definiert Pöltner zunächst den Begriff des Handelns und bezieht sich dabei auf die traditionellen Unterscheidungen des Aristoteles, der drei menschliche Vollzugsweisen kennt: theoretische, technisch-praktische und sittlich praktische. Die verschiedenen Ansätze ethischer Urteilsbildung unterscheiden sich zwar in der Begründung der Sittlichkeit einer Handlung, fragen aber immer danach, ob eine Handlung ein Moment „gelingender Lebenspraxis ist oder nicht“ (S. 38).

Deontologische Ansätze¹¹ beurteilen die Moral einer Handlung allein danach, ob sie einem anerkannten sittlichen Prinzip entspricht oder nicht, unabhängig davon, welche

¹⁰ Pöltner bezieht sich hier auf Honnefelder 1994b, 135

¹¹ (griech. TO DEON = das Gesollte). Zu den bekanntesten deontologischen Theorien zählt die Ethik Kants.

Folgen die Handlung hat. Dazu zählt auch die Diskurs-Ethik, nach der eine Handlung sittlich ist, wenn sie einer Regel folgt, auf die sich vernünftige Teilnehmer in einem herrschaftsfreien Diskurs einigen würden. Dieser Ansatz hat sowohl Stärken (einfache Anwendung des Verallgemeinerungsverfahrens) als auch Schwächen (Vernachlässigung der Handlungsfolgen).

Teleologische Ansätze¹² beurteilen die Sittlichkeit einer Handlung allein nach ihren Folgen. Zu diesem Ansatz zählt auch der Präferenzutilitarismus¹³. Die Stärke dieses Ansatzes liegt im Ziel, nämlich dem allgemeinen Wohlergehen, die Schwäche u.a. darin, dass er Fragen der Gerechtigkeit offen lässt.

Der Ansatz des „principlism“¹⁴ geht von vier Prinzipien erster Ordnung aus: Selbstbestimmung, Schadensvermeidung, Fürsorgepflicht und Gerechtigkeit. Ihr Vorteil: diese Prinzipien sind von unterschiedlichen religiösen und kulturellen Traditionen her akzeptabel. Die Kritik dieses Ansatzes bezieht sich u.a. darauf, dass den Prinzipien die Begründung fehlt und sie bloß die herrschende Moral widerspiegeln. Sie sind daher für neu auftauchende Probleme ungeeignet.

Der Ansatz der Strukturganzheit¹⁵ einer Handlung

Dieser Ansatz geht von der Strukturganzheit einer Handlung aus. Deren Sittlichkeit wird danach beurteilt, ob alle ihre konstitutiven Elemente (Ziel und Mittel, Absicht, Umstände und Handlungsfolgen) gut sind. Zentrale Bedeutung kommt der praktischen Überlegung (Situationsgewissen) zu. Pöltner hält diesen Ansatz für die Medizin-Ethik am geeignetsten.

IV Normative Begründungen einer Medizinethik

Basis sittlicher Grundüberzeugung – Menschenwürde als oberstes Moralprinzip

Eine zeitgemäße Medizin-Ethik muss den Rückgriff auf ein antipluralistisches, geschlossenes Ethos ebenso meiden wie den Rückzug auf eine Zweckrationalität, die die Ethik

¹² (griech. TELOS = das Ziel, der Zweck); Teleologische sind zumeist utilitaristische Theorien. Deren Begründer sind Jeremy Bentham (1748–1832) und John Stuart Mill (1806–1873). Den Kern des Utilitarismus kann man in der Forderung zusammenfassen: „Handle so, dass das größtmögliche Maß an Glück entsteht!“ (Prinzip des maximalen Glücks bzw. engl. *maximum-happiness principle*). Aus Wikipedia, 11.02.2012

¹³ Der Präferenzutilitarismus (auch Interessenutilitarismus) ist eine moderne Variante des Utilitarismus, die vor allem vom australischen Philosophen Peter Singer entwickelt wurde. Aus Wikipedia, 11.02.12

¹⁴ Der principlism ist ein Charakteristikum der in den USA einflussreichen biomedizinischen Ethik von Beauchamp und Childress (S. 43)

¹⁵ Dieser Ansatz ist für die europäische, insbesondere kontinental-europäische Ethik maßgeblich (aristotelisch-thomatischen Tradition), S. 45

der individuellen oder kollektiven Willkür (relativistischer Entscheidungsirrationalismus) überlässt (S. 48). Als ethische Grundüberzeugung, als kleinster gemeinamer Nenner und gleichzeitig als oberstes Moralprinzip kann der Gedanke der Menschenwürde¹⁶ dienen.

Diese kommt allen Menschen gleicherweise zu, unabhängig von Eigenschaften, Leistungen oder Zuständen: „Betrifft die Würde die Existenz, ist sie mit dieser selbst bereits gegeben, ihr immanent, nicht aber stellt sie sich mit dem Auftauchen irgendwelcher Eigenschaften im Laufe des Lebens ein. Die Würde ist mit dem Leben eines Menschen koexistent, sie ist nicht teilbar, d.h. in keiner Phase seines Lebens ist ein Mensch ohne sie“ (S. 50).

Pöltner bezieht zum Vorwurf Stellung, „der Gedanke der Menschenwürde sei die säkularisierte jüdisch-christliche Deutung der Gottesebenbildlichkeit, die in ihrer soziokulturellen Beschränkung keine universale Geltung besitzt“ (S.51) und kontert mit dem Hinweis, dass Genese nicht mit Geltung zu verwechseln sei. Personale Würde kommt dem Menschen zu, weil er sittliches Objekt, ein Freiheitswesen, sein kann.

Das Problem inhaltlicher Kriterien des moralischen Urteils

Damit ist die ethische Grundüberzeugung von der Würde des Menschen das erste und oberste Prinzip (1) ethischer Reflexion, aus der sich eine grundlegende Handlungsanweisung mit Präferenzcharakter ableiten lässt¹⁷. Ihm folgen die Kriterien (2), welche in Fundierungs- und Sozialkriterien gegliedert und die Normen (3), die aus subjektivem und objektivem Ethos gewonnen werden.

Ad 2: Das Fundierungskriterium betont, dass das Dringlichere vor dem Ranghöheren den Vorzug hat¹⁸: Überleben ist gegebenenfalls wichtiger als besser leben. Das Sozialkriterium formuliert eine Gleichheit der Bedingungen: Unter gleichen Bedingungen haben die Ansprüche der vielen den Vorzug vor den Ansprüchen des einzelnen. Im Bereich medizinischen Handelns führt das zu Fragen wie: In welchem Ausmaß geht die Behandlung des einen zu Lasten der Behandlung anderer?¹⁹

Ad 3: Konkrete Normen werden aus dem gesellschaftlichen und dem persönlichen Ethos des individuellen Lebensentwurfs gewonnen, wobei sich das individuelle Ethos aus der

¹⁶ Die Präambel der Allg. Erklärung der Menschenrechte (1948) spricht von der „Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Familie innewohnende Würde und ihrer gleichen, unveräußerlichen Rechte“.

¹⁷ Solche Handlungen haben den unbedingten Vorrang, die den Status des Menschen als eines Freiheitswesens, d.h. die Selbstbestimmung nach bestem Wissen und Gewissen fördern (personale Vorzugsregel; nach Honnefelder 1994b, 158)

¹⁸ Sog. Naturale Vorzugsregel. Die Natur ist für sich genommen noch keine Norminstanz. Unsere Natur ist uns zum Vollbringen aufgegeben (...). Sie wird von uns im Erstellen von Güterhierarchien nach Fundamentalität und Dignität gestaltet (S. 58).

¹⁹ Vgl. S. 60

Reflektion des jeweilig vorgefundenen gesellschaftlichen Ethos bildet²⁰. Ihre Verbindlichkeit ergibt sich aus dem Grundsatz: Sittlich handelt, wer nach bestem Wissen und Gewissen²¹ handelt.

V Gesunder und kranker Mensch als leiblich-personales Wesen

Der Mensch als personales Wesen und der Leib als Wesensmedium personaler Weltoffenheit

Der Mensch als personales Wesen ist stets ein in Beziehung stehendes Wesen. Er kann nicht nicht in Beziehung stehen, weder zu seinen Mitmenschen, noch zu seiner Umwelt. Pöltner sieht Beziehungen nicht als etwas Äußerliches, sondern als konstituierendes Moment unseres Daseins. Die Relation kommt nicht nachträglich hinzu, sondern macht unser Personsein aus²². Das drückt sich u.a. in unserer Ansprechbarkeit aus, dem unser jeweiliges „Sichverhalten“ als Medium dient: „Nicht spricht uns zuerst etwas an, und dann verhalten wir uns zu ihm, sondern es spricht uns an, indem wir uns zu ihm verhalten“ (S. 64).

Wie die Relation zu Mitmensch und Welt ist der Zeitbezug ein nicht wegzudenkendes Moment personalen Menschseins. Für Zeit gilt dasselbe wie für unsere Beziehungen: Wir können nicht nicht Zeit haben. Vielmehr sind wir damit konfrontiert, uns der gegebenen Zeit gegenüber verhalten zu müssen, insbesondere gegenüber unserem Anfang und unserem Ende. Die Haltung zu unserem Daseinsbeginn und zu unserem Tode entspricht unserer Lebenseinstellung.

Das für Beziehung und Zeit ausgesagte gilt ebenso für unseren Weltbezug. Je nach Befindlichkeit und Gestimmtheit werden wir der Welt inne, können aber nicht nicht in Bezug zur Welt stehen. Damit ist auch der Weltbezug konstitutiv für unser Menschsein.

Als personales Wesen ist der Mensch auch ein leibliches Wesen. Dies lässt sich in zwei zusammengehörigen Formeln ausdrücken: Ich bin mein Leib und ich habe meinen Leib. Wo immer wir es mit einem Leib zu tun haben, haben wir es mit jemand zu tun und nicht

²⁰ In der Medizin soll das Werteprofil („value history“) eines Patienten Bestandteil der Anamnese sein.

²¹ Die im obersten praktischen Grundsatz ausgedrückte Einsicht in die Grunddifferenz von gut und böse wurde auch als Urgewissen (griech. SYNTERESIS) bezeichnet. Das Gewissensurteil bezieht sich auf mich selbst und nur auf mich selbst. Weder kann jemand anderer für mich ein Gewissen haben noch umgekehrt ich an seiner Stelle. (...) Das Gewissensurteil kann – wie jedes andere Urteil auch, wahr oder falsch sein. (...) Es bindet aber auch ein irrendes Gewissen. Vergl. S. 55

²² Vgl. S. 63; siehe dazu auch: Martin Buber, Ich und Du, Reclam, Stuttgart 2008, S. 4: „Es gibt kein Ich an sich, sondern nur das Ich des Grundworts Ich-Du und das Ich des Grundworts Ich-Es. Wenn der Mensch Ich spricht, meint er eins von beiden (...) Ich sein und Ich sprechen sind eins.“

mit einer Anordnung von Organen, einem „Körperding“. Der Leib – das ist der jeweilige Mensch selbst (S.71). Es gilt aber auch: Ich bin mein Leib, weil ich meinen Leib habe. Diese Selbstzuschreibung nimmt allerdings nicht mein Leib vor, sondern ich, die ich aber sehr wohl leibhaft bin. Mein Leib ist von mir nicht zu scheidendes Wesensmedium. Daher kommt einerseits die Würde dem ganzen Menschen als leiblich-seelischem Wesen zu, ist aber andererseits weder absolut unantastbar, noch schrankenloser Willkür auszuliefern²³.

Gesundheit-Krankheit

Pöltner kritisiert dazu zunächst die bekannte Definition der WHO, wonach Gesundheit „den Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ bedeutet. Seinem Urteil nach ist an dieser Bestimmung positiv, dass es die soziale Dimension hervorhebt. Negativ sieht er hingegen den latent utopischen und totalitären Charakter der Bestimmung, der der Heilkunde die Totalverantwortung für Lebensentwurf und Weltzustand zumutet. Totalitär deswegen, weil partielle Vorstellungen von gelingendem Leben zu universalen Vorschriften würden.

Im Rückgriff auf das bereits oben beschriebene Selbstverständnis der Medizin als angewandte Naturwissenschaft beschreibt und kritisiert Pöltner den funktionalen Krankheitsbegriff, der sich allein auf die Funktionsfähigkeit eines Organismus beschränkt und die Dysfunktionalität an der biologischen Normalität des Durchschnitts bemisst. Dies mag für die medizinische Forschung ein praktikabler Ansatz sein, blendet aber das Subjekt von Krankheit und Gesundheit, den Menschen, aus. Pöltner stellt fest: „Es ist keineswegs eine Spitzfindigkeit (...) darauf zu insistieren, dass nicht Krankheiten, sondern genau genommen ein kranker Mit-Mensch geheilt wird. Der Arzt wird nicht von einem menschlichen Organismus um Hilfe gebeten, sondern von jemanden, der sich krank fühlt“ (S. 79).

Aber auch eine soziologische oder psychologische Aufhebung des Begriffspaars ‚krank-gesund‘ bietet noch keine Alternative zum funktionalen Krankheitsverständnis²⁴. Für Pöltner sind diese Begriffe normativ-praktisch zu verstehen, weil sie der aller Fachwissenschaft voraus- und zugrundeliegende Lebenserfahrung entstammen.

²³ Vgl. S. 74/75

²⁴ Soziologischer Reduktionismus, nachdem Krankheit und Gesundheit in Wahrheit Ausdruck gesellschaftlicher Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz (...) ist. Eine psychologische Aufhebung hingegen versteht Krankheit als Auswirkung psychischen Fehlverhaltens und arbeitet einer Moralisierung von Krankheit in die Hände, für die Krankheit die Folge schuldhaften Verhaltens ist, und jeder seine Krankheit letztlich sich selbst zuzuschreiben hat (S. 81).

Gesundsein wird als leibhaftiges Wohlbefinden erfahren, wobei hier das gesamte Strukturgefüge zu berücksichtigen ist (Weltzuwendung, Kommunikationsfähigkeit, Erfahrung von Raum und Zeit, etc.): „Deshalb gehört zum Gesundsein die Fähigkeit Lasten zu tragen, Leid auf sich zu nehmen – wer leidet muss nicht krank sein – Widerstreitendes auszutragen und letztlich das Sterben zu erleiden“ (S. 84).

Behinderung-Lebensqualität

Das Lexikon der Bioethik beschreibt Behinderung als eine „dauerhafte, allenfalls symptomatisch therapierbare Beeinträchtigung eines physischen oder psychischen Zustandes, der angeboren oder erworben sein kann“²⁵. Behinderung meint aber noch nicht notwendigerweise Krankheit.

Ein Leben mit Behinderung kann viel Leid beinhalten, muss aber nicht den Verlust von Lebensqualität bedeuten. Menschliches Dasein, auch „normales“, war noch nie mit Leidfreiheit identisch. Eine Fremdbeurteilung von jemandes Lebensqualität birgt die Gefahr einer Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben. Pöltner fragt: „Was ist besser: leben in Behinderung oder überhaupt nicht leben? Wie sollen wir diese Alternative ausprobieren?“ und stellt fest: „Wird Lebensqualität mit Gesundheit identifiziert, Gesundheit und Krankheit jedoch funktional verstanden, wird Behinderung zu einem Leben, das nicht hätte passieren dürfen. Der genetische Gesundheitsbegriff wird zum Selektionskriterium“ (S. 86/87).

Pöltner plädiert für ein umfassendes Ethos der Daseinsannahme, die sich durch die Balance von Leidverminderung und Bereitschaft zur Leidannahme auszeichnet²⁶.

VI Arzt-Patienten-Verhältnis

Das ärztliche und pflegerische Handeln unterliegen in erster Linie dem Fürsorgeethos, dessen oberstes Gebot das Beste für den Patienten ist.²⁷ Dieser erwartet von dem ihm behandelnden Arzt sowohl sachliche als auch mitmenschliche Kompetenz. Der kranke Mensch vertraut darauf, dass ihm geholfen wird, der Arzt erwartet im Gegenzug, dass der Patient alles zur Verbesserung seiner Lage beiträgt. Dieses gegenseitige Vertrauensverhältnis basiert vornehmlich auf zwei Modellen, die je nach Anliegen und Situation mit unterschiedlicher Gewichtung ausgestattet sein können: a) dem Vertragsmodell

²⁵ (LB 1/327)

²⁶ Pöltner bezieht sich dabei auf Schockenhoff 1992, 94

²⁷ salus aegroti suprema lex - Fürsorgeprinzip

(z.B. Serviceleistung) und b) der partnerschaftlichen Beziehung (z.B. langjährige Begleitung).

Die Prinzipien von Fürsorge-Ethos und Patientenautonomie und ihre Problematik

Die Fürsorge-Pflicht²⁸ des Arztes und das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten²⁹ können auf vielfache Weise verstanden werden bzw. konfliktieren. Die Fürsorgepflicht des Arztes - in Analogie zum Vater-Kind-Verhältnis - sieht sich mit Vorwurf des Paternalismus³⁰ ausgesetzt. Im Zuge der Privatisierung und Individualisierung vieler Lebensbereiche wird Fürsorge heute oft als Bevormundung empfunden und als unangemessene Machtausübung erlebt. Demgegenüber bildet die wohlverstandene Patienten-Autonomie den nötigen Schutz gegen medizinische Maßnahmen, die als sinnlos empfunden werden können, denn das Machbare dient nicht von vornherein dem Patientenwohl. Autonom handelt jedoch nur, „wer das als gut Erkannte tut und in diesem Sinne Urheber seiner Handlungen ist“ (S. 94). Die Missdeutung des Begriffs der Autonomie liegt in dessen individualistischer Auslegung, die unter „Selbstgesetzgebung“ alleinige Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Verpflichtung versteht. So kann der Autonomie-Anspruch in eine Heteronomie-Zumutung umschlagen: Arzt oder Pflegeperson werden zu Ausführungsorganen von Patientenwünschen. Pöltner hält dem entgegen, dass aber „gegebenenfalls die ‚Ethisierung‘ von Wünschen Vorrang vor ihrer Befriedigung hat“ (S. 95). So kann der Autonomieanspruch von einem Schutz vor unerwünschten zum Druckmittel für erwünschte medizinische Maßnahmen werden. Mit dem Angebot des Machbaren steigt das Bedürfnis und dieses dient umgekehrt zur Rechtfertigung des Angebotenen. Fast alle neuen medizinischen Verfahren berufen sich darauf, dass man sie „interessierten Menschen nicht vorenthalten dürfe, zumal ja niemand gezwungen werde, sie in Anspruch zu nehmen“³¹. So kann die Respektierung der Patientenautonomie ebenso zur Flucht in die Verantwortungslosigkeit werden wie die Fürsorgepflicht unangemessene Machtinteressen kaschieren kann.

Eine besondere Problematik stellt das Prinzip der Patientenautonomie im Falle notwendiger stellvertretender Entscheidungen dar. Ungeborene, Unmündige oder Nicht-Einwilligungsfähige sind darauf angewiesen, dass Ärzte, Pflegepersonen oder Angehörige in ihrem Sinne entscheiden. Doch auch prinzipiell Entscheidungsfähige können beeinflusst sein: z. B. durch Ängste und Abhängigkeitsverhältnisse, Krankheitseinwirkungen,

²⁸ So weit wie möglich wohl tun, heilen und niemand schaden (benefacere, nihil nocere)

²⁹ voluntas aegroti suprema lex – Prinzip der Patientenautonomie

³⁰ Darunter wird gewöhnlich ein Handeln verstanden, „das sich ohne und gegebenenfalls auch gegen die Einwilligung des Kranken an dessen bestem Interesse orientiert“. Pöltner zitiert hier Wolff 1989,201.

³¹ Vgl. S. 95; Pöltner zitiert Eibach 1997, 217

Schmerzen o.ä.. Das Beharren auf der Selbstverfügung als oberstem Prinzip kann daher auch zur Missachtung von Schwäche oder Bedürftigkeit verkommen.

Daraus folgt, dass keines der beiden Prinzipien eo ipso vorrangig zu behandeln ist, sondern vielmehr beide zusammen die „ethische Basis“ eines ausgewogenen Arzt-Patientenverhältnisses bilden.

Patientenaufklärung

„Das rechte Wort zur rechten Zeit am rechten Ort“, so darf nach Pöltner die Leitidee für das Arzt-Patienten-Verhältnis lauten (S. 99). Nachdem ärztliches Handeln einen Eingriff in die leiblich-seelische Integrität des Patienten darstellt, ist es an die Zustimmung und damit an die Aufklärung des Patienten gebunden. Der Patient muss die Tragweite seiner Entscheidung einschätzen können (Selbstbestimmungsaufklärung). Der Arzt steht dabei im Spannungsverhältnis zwischen Fürsorgepflicht und Respektierung der Patientenautonomie. Im Zuge der Verrechtlichungstendenz der Medizin gewinnt neben der Aufklärung über Diagnose, Prognose, Therapie und Prävention insbesondere die Risikoaufklärung zunehmend an Bedeutung, welche „als gegenüber der Mehrzahl der Kranken in unserem Lande rücksichtloser Versuch der einseitigen juristischen Absicherung“³² gesehen werden kann. Ein dergestaltetes Zuspitzen einer prinzipiell nötigen wahrheitsgemäßen Aufklärung kann zur Schonungslosigkeit entarten und das berechtigte Bedürfnis nach einer einfühlsamen individuellen Auskunft oder Prognose unterwandern.

Ein guter Arzt wird die Situation, in der sich sein Patient befindet, niemals einseitig auf der Basis seines medizinischen Fachwissens beurteilen, sondern die emotionale und soziale Lage seines Mitmenschen berücksichtigen. Er wird Weltbezug und individuellen Ethos seines Patienten erkunden, den Kranken zum selbstständigen Stellen von Fragen ermuntern und einschätzen, was sein Gegenüber im gegenwärtigen Moment wissen muss und auch ertragen kann.

VII Prädiktive Medizin

Die Prädiktive Diagnostik und deren ethische Probleme

Unter prädiktiver Medizin versteht man eine voraussagende Medizin³³, deren Ziel die Vorhersage von Krankheitsgeschichte, Gesundheits- und Lebenserwartung und das

³² Pöltner zitiert dazu auf S. 108 Dichgans 1994,209

³³ (lat. praedicere = voraussagen, vorhersagen)

Erstellen einer Risikodiagnose³⁴ ist. Grundlage für die Entwicklung der prädiktiven Medizin ist die Erkenntnis, dass bestimmte Merkmale, Erkrankungen oder Behinderungen genetisch bedingt sind (monogenetisch oder multifaktoriell³⁵).

Die Möglichkeiten der Prädiktiven Medizin werfen zahlreiche ethische Fragestellungen auf. Was ist das Ziel des Wissensgewinns? Wie wird mit diesem Wissen umgegangen? Welche praktischen Konsequenzen werden aus dem diagnostischen Wissen gezogen?

Pöltner verweist auf die ethische Spannung „zwischen individueller medizinischer Vorsorge und eugenischen Interessen oder überzogenen Gesundheitsvorstellungen, die an sie herangetragen werden“ und macht warnend darauf aufmerksam, dass therapeutische Prävention sehr leicht als Instrument der Selektion eingesetzt werden kann. Ein biologistisches Verständnis des Menschen von seiner genetischen Grundausstattung her und einer daraus folgenden Unterscheidung zwischen erbstark/erbschwach öffnet einer Diskriminierung (von zukünftig Kranken) Tür und Tor: „Krankheit wird zum genetisch bedingten Defekt, der rechtfertigungspflichtig wird“(S. 135).

Genetische Beratung

Wird eine genetische Beratung beansprucht, so steht dahinter meist eine bereits aufgetretene oder befürchtete erbbedingte Erkrankung oder Behinderung. Der erwünschte Ablauf heisst: Beratung - prädiktive Diagnostik - Beratung. Von Fachleuten wird berichtet, dass dies in den seltensten Fällen eingehalten wird (z.B. bei der Pränataldiagnostik, die de facto ohne vorherige genetische Beratung durchgeführt wird).

Eine genetische Beratung hat immer auf freiwilliger Basis zu erfolgen, jedoch begeht ein Arzt einen einklagbaren Kunstfehler, wenn er das Angebot einer genetischen Beratung im Falle eines Wiederholungsrisikos oder eines Ersterkrankungsrisikos (z. B. Alter der Frau ab dem 35. Lebensjahr) unterlässt³⁶. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer genetischen Beratung hat zahlreiche Implikationen: Der Arzt hat das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten zu achten. Dieses umfasst das Recht auf Wissen, wie auch das Recht auf Nicht-wissen. Informationen über genetische Merkmale unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, was zu Kollisionen mit der ärztlichen Hilfeleistung gegenüber Dritten führen kann. Bei der Beratung gilt der Grundsatz der Nicht-Direktivität. Der Rückzug auf reine Sachinformationen und der Verzicht auf die Diskus-

³⁴ präsymptomatische Diagnostik

³⁵ monogenetisch Erkrankungen = bestimmte genetische Dispositionen führen zu phänotypisch manifesten Merkmalen od. Krankheiten; multifaktorielle Krankheiten = treten durch ein Zusammenspiel genetischer und umweltbedingter Faktoren auf

³⁶ Vgl. S. 137

sion ethischer Perspektiven können jedoch zum Ausblenden wichtiger Wertgesichtspunkte führen.

Genomanalyse

Bei einer Genomanalyse kann die DNA-Sequenz eines Genoms oder nur ein Teil der Erbinformation, ein einzelnes Gen, untersucht werden. Pöltner hebt hervor, dass die ethische Problematik einer solchen Analyse den Schutz der Privatsphäre³⁷ und die Gefahr der genetischen Diskriminierung und Selektion umfassen. Schwerwiegende Bedenken im Zusammenhang mit der Genomanalyse erheben sich dann, wenn eine Rechtfertigung der Untersuchung nicht gegeben werden kann, z.B. wenn im Rahmen einer Suchdiagnostik nicht oder nicht sofort behandelbare Erkrankungen aufgespürt werden. Pöltner dazu: „Ein Screening nach nicht behandelbaren Krankheiten würde gegen den Grundsatz verstoßen, nicht mehr zu diagnostizieren, als therapiert werden kann, und in der Gefahr stehen, als Katalog gesellschaftlich unerwünschter Krankheiten, die nicht weitergegeben werden sollen, und damit als implizites Urteil über den Lebenswert missdeutet werden“ (S. 141)³⁸.

Pränatale Diagnostik

Die vorgeburtliche Diagnostik bietet die Möglichkeit, Krankheitsanlagen und Fehlbildungen des Ungeborenen „in utero“ zu eruieren. Pöltner bringt die ethische Problemstellung auf den Punkt, indem er die Spannung zwischen dem Wohl des Ungeborenen und den Nöten und eventuellen Ansprüchlichkeiten der Eltern akzentuiert. Nach Pöltner stellen Sinn und Zweck der Diagnose selbst ein ethisches Problem ersten Ranges dar. Welches Sinnziel verfolgt die Diagnose? Liegt ihr die Achtung des Lebensrechts des ungeborenen Kindes zu Grunde? Bleibt die Diagnostik auf therapierbare Erkrankungen beschränkt? Besteht eine medizinische Indikation oder wird die Diagnose zum Selbstzweck?

Pöltner plädiert für eine Begrenzung der Pränataldiagnostik auf risikoreiche Schwangerschaften: „Die in der Zwischenzeit zur Routine gewordenen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen können zu einem Abgleiten der Pränataldiagnostik in eine nicht indizierte Dienstleistung verleiten, die dann höchstens noch mit der Amortisation der dabei zum Einsatz kommenden Geräte zu rechtfertigen ist“ (S. 145). Pöltner spricht sich

³⁷ z.B. bei Anwendungen im Arbeitsbereich, im Gerichtsverfahren, im Versicherungswesen. Siehe dazu Kapitel 7.3.1 und 7.3.2, S. 141 u. 142

³⁸ aus meiner Sicht de facto bereits geschehen: Nackendichtemessung (Suchtest) zwischen 11. und 14. Schwangerschaftswoche zur Eruierung der Wahrscheinlichkeit einer Chromosomenbesonderheit. Dieser Test ist zwar kein Gentest, zieht einen solchen aber oft nach sich bzw. wird mit ihm kombiniert. NT-Screening ist meiner Ansicht nach bereits unausgesprochen Teil der Vorsorgeuntersuchung.

für eine Rückbindung an das Sinnziel ärztlichen Handelns aus, welches sich aus der „Not-Hilfe-Situation“ der Arzt-Patienten-Beziehung ergibt. Nur diese Rückbindung könne sie vor einer Instrumentalisierung im Zeichen beliebiger Zwecke bewahren.³⁹

Anspruch auf ein gesundes Kind?

Die neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten können die Anspruchshaltung auf ein genetisch intaktes Kind befördern, Abtreibungen, die der Verwirklichung dieses Zieles dienen, in Kauf genommen werden. Gibt es aber das Recht auf ein gesundes Kind? Ist solch ein Anspruch begründ-, bzw. erfüllbar? Vor wem soll dieses Recht eingeklagt werden? Folgt daraus für das kranke oder behinderte Kind nur ein eingeschränktes Daseinsrecht? Wird das Dasein eines solchen Kindes rechtfertigungspflichtig, weil es verhindert hätte werden können? Soll der Arzt eine Garantenstellung bezüglich eines intakten Kindes einnehmen? Wenn ja, wird der Arzt schadensersatzpflichtig, wenn die Geburt eines behinderten Kindes auf dem Wege einer genetischen Beratung hätte verhindert werden können?

Hier stehen Recht und Ethik „Spitz auf Knopf“, es handelt sich um einen Konfliktfall höchster Stufe: Ein Arzt ist zu einer lege artis durchgeführten genetischen Beratung verpflichtet und muss auf den rechtlich straffreien Schwangerschaftsabbruch hinweisen. Unterlässt der Arzt die Aufklärung, begeht er eine Vertragspflichtverletzung gegenüber den Eltern, es entsteht ein Schadenersatzanspruch⁴⁰.

Pöltner streift auch die möglichen negativen Auswirkungen einer pränatalen Diagnostik auf die Eltern-Kind-Beziehung, wenn das Kind erfahren muss, nur unter Vorbehalt angenommen worden zu sein. Dazu mehr in der „Persönlichen Stellungnahme“, Kapitel XI.

Fragen, die keine generellen Antworten zulassen, erörtert Pöltner im Kapitel „Informationszuwachs und Informationsverarbeitung“: Was ist besser? Wissen oder Nicht-wissen im Falle von Krankheiten, die nicht behandelt werden können? Entweder, der Betroffene weiß nichts von seiner erst später ausbrechenden Krankheit, die Eltern jedoch schon. Wie prägt dieses Wissen den Eltern-Kind-Bezug? Oder der Betroffene weiß davon und trägt die Last des Wissens schon lange vor Ausbruch der Krankheit.

Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch

³⁹ vgl. S. 145/146

⁴⁰ „Das wrongful birth-Erkenntnis vom 7. März 2006 (5 Ob 165/05h) ist in der (österreichischen) Tagespresse geradezu als Sensation dargestellt worden, weil der OGH den Ersatz des gesamten Unterhaltsaufwands für geboten hält, wenn eine unzureichende ärztliche Aufklärung der Mutter die Möglichkeit der embryopathisch indizierten zulässigen Abtreibung des behinderten Fötus nimmt. Dabei hatte sich der OGH bereits vor diesem Erkenntnis mehrfach mit Sachverhalten befasst, in denen die (unerwünschte) Geburt eines Kindes die Folge einer Aufklärungspflichtverletzung gewesen sein soll.“ Aus: www.imabe.com, „Die Entscheidung des Obersten Gerichtshofes zum Familienplanungsschaden“, Die OGH-Erkenntnisse 1990 bis 2006, entnommen am 19.02.2012

Vor der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu stehen, ist oftmals die Folge eines positiven pränataldiagnostischen Befundes.

Will man die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch erörtern, sind laut Pöltner mehrere Faktoren zu berücksichtigen: Das Kind, die Eltern, der Arzt und die Gesellschaft. Ist das Leben des Heranwachsenden zu beenden oder ist diesem ein Leben mit Behinderung zumutbar? Sind der elterlichen Fürsorge die zu erwartenden Schwierigkeiten zumutbar? Wie verhält sich der Arzt angesichts der Tatsache, dass er zwischen Tötung im Mutterleib und mangelnden Therapiemöglichkeiten nach der Geburt entscheiden muss? Welche Position bezieht die Gesellschaft zur Frage, inwieweit sie die Tötung Ungeborener der Fürsorge für Kranke voranstellt?

Abseits des generellen Themas „Bewertung menschlichen Lebens“ stellt sich die Frage, warum das nachgeburtliche schwerkranke Leben dem vollen Rechtsschutz unterliegt, während außerhalb des Mutterleibes lebensfähige Feten in utero getötet werden dürfen. Pöltner stellt dazu die beklemmende Frage, ob der Gesetzgeber in weiterer Folge die postpartale Tötung geschädigter Kinder erlauben werde.

Zusammenfassend ein Zitat von Hepp, das Pöltner auf Seite 151 zitiert: „Hepp spricht von der Doppelfunktion, in welche die Gesellschaft den Arzt drängt. Helfer zum Leben und gleichzeitig Helfer zum Tode zu sein. So erwartet die Gesellschaft vom Gynäkologen, dass er nach von ihr vorgegebenen Indikationen Leben vernichtet und bei gegensätzlicher Indikation unter Einsatz neuer reproduktionsmedizinischer Techniken im Sinne einer assistierten Fortpflanzung an der Menschwerdung mitwirkt (...).“

Präimplantationsdiagnostik

Das Ergebnis einer Präimplantationsdiagnostik bildet die Grundlage für die Entscheidung, einen in vitro erzeugten Embryo zu implantieren oder zu vernichten, ist also eine sogenannte „Prävention durch genetische Selektion“. Kernpunkt aller Fragestellungen zur Präimplantationsdiagnostik ist die anthropologische Haltung zum Status des Embryos.

Pöltner listet Argumente für und gegen Präimplantationsdiagnostik (PID) auf: Dafür spricht zum Beispiel, dass die PID einen Schwangerschaftsabbruch vermeiden helfen kann, indem sie vor und nicht während einer Schwangerschaft durchgeführt wird. Sie stellt eine Alternative für risikobehaftete Eltern dar, die sich weder für Kinderverzicht noch für Adoption entscheiden können und erhöht damit die Autonomie der Zeugung von Nachkommen. Der Embryo spürt seine Vernichtung nicht, was bei Spätabbrüchen vermutlich der Fall ist. Verfechter der PID führen auch ins Feld, dass ein Verbot der PID deswegen inkonsequent ist, weil sie der Akzeptanz eines Schwangerschaftsabbruches

widerstreitet und soziale Ungerechtigkeiten (Folge des Behandlungstourismus) schaffen würde.

Gegen die PID spricht, dass sie Embryonen zu Testzwecken erzeugt (sog. ‚Zeugung auf Probe‘, Selektion nach den Kriterien lebenswert/lebensunwert). Gegner der PID lassen das Argument „Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruches“ nicht gelten, weil es einen wichtigen Unterschied außer Acht lässt: Weder vor noch nach einer PID liegt eine Schwangerschaft vor. Es entfällt dadurch jene Notsituation der Mutter, die einen Schwangerschaftsabbruch gegebenenfalls zulässt. Vielmehr entscheiden Dritte und nicht direkt Betroffene über Leben und Tod (Laborsituation). Das Argument der Inkonsequenz (Abtreibung erlaubt) wird dadurch entkräftet, dass gesellschaftliche Akzeptanz nicht mit ethischer Unbedenklichkeit gleichzusetzen ist. Ein weiteres Gegenargument betrifft die Gefahr, dass die PID die IVF/ET⁴¹ zu einem Selektionsinstrument umfunktionalisieren könnte. Zudem widerspricht die Zulassung der PID einem Verbot verbrauchender Embryonenforschung, denn ihre Vernichtung ist wie bei dieser eingeplant.

VIII Gentherapie

Bei der Gentherapie wird ein intaktes Gen in genetisch defekte Zellen eingeschleust um Fehlfunktionen auszugleichen. Zu unterscheiden ist zwischen dem Transfer in somatische Zellen und dem Transfer in Keimbahnzellen. Bei ersterem bleiben die genetischen Veränderungen auf ein Individuum beschränkt, bei zweiterem werden sie auch an die Nachkommen weitergegeben.

Somatische Gentherapie

Unter somatischer Gentherapie⁴² wird eine Form der Substitutionstherapie verstanden, deren ethische Beurteilung weitestgehend positiv ist, sofern ein hoher Krankheitswert des genetischen Defekts gegeben ist, keine sinnvollen Alternativen vorliegen und das Risiko für den Patienten zu verantworten ist. Laut Pöltner bestehen die Probleme in den Risiken, die mit der Technik der somatischen Gentherapie verbunden sind. Er empfiehlt, bei der Beurteilung zwischen der Legitimität des Ziels, den gewählten Mitteln und den Folgen zu unterscheiden.

Die Heilung genetisch bedingter Krankheiten ist als Ziel zu bejahen, sofern die Therapie keine Auswirkungen auf die Keimbahn hat. Was die Mittel betrifft, ist zu beachten, dass

⁴¹ In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryonentransfer

⁴² Als Zielzellen gelten z.B. Leberzellen, Gefäßzellen, Nierenzellen, Hautzellen etc.

derzeit noch keine gezielte Platzierung der eingesetzten Gene möglich ist und damit die Gefahr der Zerstörung der Zielzelle gegeben ist bzw. in einer ungewollten Aktivierung krebserregender Zellen liegt. Die Beurteilung von Risiken und Folgen muss an die Differenzierung zwischen Humanexperiment und Heilversuch gebunden bleiben.

Keimbahnintervention

Bei einer Keimbahnintervention werden defekte Gene auf der Ebene der Erbinformationen ausgetauscht. Ihr Vorteil liegt in der Eliminierung von Erbkrankheiten. Ihr Einsatz wirft jedoch viele ethische und sachliche Fragen auf.

Darüber, dass Keimbahninterventionen auf dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung abzulehnen sind, herrscht weitgehend Übereinstimmung, nicht zuletzt darum, weil es derzeit unmöglich erscheint, die Nebenwirkungen einzuschätzen sowie Nutzen und Schaden gegeneinander abzuwiegen. Es existieren eine Reihe von Argumenten pro und contra Keimbahntherapie:

Eine Keimbahntherapie wird positiv eingeschätzt, wenn sie als Versuch gelten kann, „Eigenschaften und Zustände, die eindeutig nicht im Interesse des Betroffenen liegen, vorbeugend zu verhindern, (...) zumindest wenn damit nicht anderweitig wünschenswerte Eigenschaften verändert werden“⁴³. Weil die Würde eines Menschen nicht von seiner genetischen Konstitution abhängt, kann diese durch einen risikofreien genetischen Eingriff auch nicht verletzt werden. Therapeutische Keimbahninterventionen werden auch mit einem Recht auf Gesundheit begründet und positiv bewertet, wenn sie allein therapeutischen Charakter aufweisen und allen Versuchen der „Konstruktion eines Menschen“ wehren⁴⁴. Befürworter berufen sich auch auf die positive Eugenik und meinen, dass im eindeutig therapeutischen Fall auch gegen eine präventive negative Eugenik keine Bedenken erhoben werden können⁴⁵.

Gegen die Keimbahntherapie spricht, dass durch sie eventuell verursachte irreversible Schädigungen vererbt werden oder erst in späteren Generationen auftreten könnten. Erfolg oder Misserfolg einer Intervention müssten am Embryo pränataldiagnostisch überprüft werden, was gegebenenfalls zur Abtreibung oder, aufgrund der Fehlerquote im Diagnoseverfahren, zu zusätzlich schwer geschädigten Kindern führen würde.

⁴³ Pöltner zitiert hier Birnbacher 1989, 219; S. 165

⁴⁴ Pöltner zitiert hier Irrgang 1996, 547; S. 166

⁴⁵ Positive Eugenik strebt die Verbesserung der Beschaffenheit einer Bevölkerung an, durch Begünstigung der Vermehrung der Personen mit den besten Erbqualitäten, negative Eugenik durch die Verhinderung der Vermehrung von Personen mit schlechten Erbqualitäten. Aus Demopaedia, 26.02.2012, Inhalt ist verfügbar unter: Attribution-Share Alike 3.0 Unported.

Ein weiteres Gegenargument beruht auf der Auffassung, dass bei der Keimbahnintervention nicht an einer existierenden Person manipuliert wird, sondern diese selbst. Inwieweit damit die Personalität und damit das Selbstverständnis eines Menschen berührt werden, entzieht sich unserer Kenntnis.

Eine Verletzung der Menschenwürde wird auch dort vermutet, wo der Einzelne zur Verbesserung des Genpools herangezogen und das Recht auf Naturwüchsigkeit untergraben wird. Pöltner verweist darauf, dass positive Eugenik eine Zweiklassengesellschaft schafft (genetisch verbesserte und nicht verbesserte Menschen) und damit den Gleichheitsgrundsatz verletzt.

IX Embryonenforschung

Die Embryonenforschung wird in zwei Kategorien unterteilt: In die therapeutische und die verbrauchende. Erstere dient der Verbesserung der Lebensbedingungen des Embryos, zweitere will medizinisches Wissen auf dem Wege der Embryovernichtung erlangen. Ein dritter Weg besteht darin, die Vernichtung des Embryos nicht zu intendieren, gegebenenfalls aber in Kauf zu nehmen. Embryonen werden sowohl bei der Präimplantationsdiagnostik, bei der Kryokonservierung, als auch bei der Stammzellengewinnung zerstört.

Während über die positive ethische Beurteilung von therapeutischer Embryonenforschung Konsens herrscht, gibt es zur verbrauchenden Forschung unterschiedliche Positionen. Die eine plädiert für ein kategorisches Verbot mit dem Hinweis auf die Unteilbarkeit der Menschenwürde, die andere macht sich für eine vom Entwicklungsstand des Embryos abhängige Forschung stark und die dritte kennt keine Schutzwürdigkeit des Embryos („Zellhaufen“).

Prinzipiell herrscht in der Diskussion zwar Einigkeit darüber, dass die Schutzwürdigkeit des Embryos von seinem „moralischen Status“ abhängt, man ist sich aber uneinig darüber, worin er besteht (unterschiedliche Konzepte von Menschenwürde).

Zusammenfassend lassen sich die unterschiedlichen Positionen so darstellen: Kategorische Gegner verstehen die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle als den Beginn eines neuen Menschenlebens. Für sie ist es der einzig zweifelsfreie Zeitpunkt, für den gilt, dass vor ihm nichts da ist. Damit ist die volle Schutzbedürftigkeit vom Akt der Verschmelzung an gegeben. Einwände gegen diesen Standpunkt binden den Lebensschutz an Merkmale des Embryos, die für das Vorliegen von Personalität (Individualität, Empfindungsfähigkeit, Rationalität, etc.) als konstitutiv erachtet werden. Daher beginnt für Vertreter die-

ser Position die Schutzwürdigkeit umso später, je mehr Merkmale bzw. umso früher, je weniger Merkmale gefordert werden (gradualistische Position). Diese Haltung umfasst ein Spektrum der Lebensschutzwürdigkeit vom Ausschluss der Mehrlingsbildung an (14 Tage post conceptionem) bis nach der Geburt oder noch später (S. 178-182).

Klonieren

Die ungeschlechtliche Vermehrung von Lebewesen wird als Klonieren bezeichnet. Darüber hinaus versteht man unter Klonieren auch die Herstellung identischer Kopien von Genen oder Genfragmenten. Es ist zwischen reproduktivem und therapeutischem Klonieren zu unterscheiden. Ersteres zielt auf die Erzeugung eines genetisch identischen Individuums ab, zweiteres inkludiert direkte therapeutische Anwendungen ebenso wie dem Wissenszuwachs dienende Grundlagenforschungen.

Reproduktives Klonieren

Bei den Klonierungsverfahren wird zwischen Embryo-Splitting und Zellkerntransplantation unterschieden. Bei der Embryo-Teilung werden totipotente Zellen vom Embryo abgetrennt und kultiviert. Die Entwicklung eines weiteren vollständigen Individuums ist möglich. Bei der Kerntransplantation werden Spenderzellkerne⁴⁶ in entkernte Empfängerzellen (befruchtungsfähige Eizellen) eingeführt. Die entkernte Empfängerzelle besitzt noch eine marginale Menge an Rest-Erbgut (< 1%), daher sind die Klone nur fast identisch. Dennoch ist festzuhalten, dass mit dieser Methode ein Individuum genetisch beliebig oft kopiert werden kann.

Ziele des Klonierens sind: Wiederholung eines lebenden oder verstorbenen Menschen, Vermeidung genetischer Erkrankungen, Verbesserung reproduktionsmedizinischer Verfahren, Heilung von Erbkrankheiten.

Die ethischen Einwände gegen das reproduktive Klonieren berufen sich hauptsächlich auf das Instrumentalisierungsverbot eines Menschen und das Recht auf Naturwüchsigkeit der Abstammung. Dazu Pöltner: „Wird ein Mensch geklont, wird er als Mittel zu einem Zweck hergestellt, der nicht er selbst ist. Zu diesem ihm äußerlichen Zweck wird ihm eine genetische Identität oktroyiert. Der Klon (...) soll existieren, damit er mit seiner genetischen Identität einem anderen dienen kann“ (S. 186). Eineiige Zwillinge sind zum Beispiel genetisch ident, im Unterschied zum Klon aber keine Kopien voneinander, sondern gleichursprünglich. Die Existenz von zeitversetzten Zwillingen würde demgegen-

⁴⁶ Diese können aus Embryonen, Föten oder Erwachsenen entnommen werden.

über zur Auflösung von Familienstrukturen führen. Das Klonen von Menschen ist derzeit weltweit geächtet bzw. verboten⁴⁷.

Therapeutisches Klonieren

Der Begriff ist insofern irreführend, als die Therapie nicht dem Embryo, sondern jemandem Dritten zu Gute kommt. Zum therapeutischen Klonieren werden embryonale Stammzellen benötigt. Diese können in verschiedenster Weise gewonnen werden, z. B. aus einem über künstliche Befruchtung gewonnenen Embryo, der bei der Entnahme zerstört wird. Auch die Kultivierung von primordialen Keimzellen ist anwendbar, die aus frühzeitig abgegangenen oder abgetriebenen Föten entnommen werden. Weiters ist die Entnahme von Stammzellen aus Nabelschnurblut und von Hirntoten möglich, sowie die Weiterentwicklung von adulten Stammzellen. Denkbar ist auch das Reprogrammieren ausdifferenzierter Körperzellen in ein embryonales Stadium. Zu guter Letzt ist die für die Transplantationsmedizin wichtige Gewinnung embryonaler Stammzellen aus dem Erbgut des Patienten zu erwähnen, die mittels Zelltransfer in menschliche Eizellen stattfindet.

Ethisch unbedenklich sind jene Formen der Stammzellengewinnung, die nicht zur Vernichtung eines Embryos führen. Im gegenteiligen Fall hätten wir es mit verbrauchender Embryonenforschung und den ihr eigenen ethischen Problematiken zu tun.

Ein Sonderfall innerhalb dieses Themenkreises ist die Frage nach der ethischen Berechtigung einer Forschung an „überzähligen“ Embryonen. Diese fallen im Rahmen der assistierten Fortpflanzung an und werden – in Österreich ein Jahr lang – kryokonserviert und dann vernichtet. Was ist das geringere Übel – Absterbenlassen oder zu Forschungszwecken verwenden? Pöltners Haltung dazu: „(...) Absterbenlassen ist zwar eine tragische Lösung, vermeidet aber eine Instrumentalisierung im Zeichen von Zwecken Dritter und entspricht in höherem Maße der Selbstzweckhaftigkeit des Embryos, was man von einer verbrauchenden Forschung mit aufgetauten Embryos schwerlich wird sagen können“ (S. 193).

Die Produktion „überzähliger“ Embryonen ließe sich eventuell dadurch einschränken, dass nicht Embryonen, sondern zukünftig vermehrt unbefruchtete Eizellen kryokonser-

⁴⁷ Während derzeit weltweit weitgehend Einigkeit besteht, dass reproduktives Klonen von Menschen zu ächten ist und verboten sein sollte, so herrscht über die Zulässigkeit therapeutischen Klonens erbitterter Streit, der sogar vor der UNO ausgetragen wurde. Dort hat man sich im Rechtsausschuss nicht auf eine Konvention zum Verbot des Klonens einigen können, weil etwa 60 Staaten unter der Führung Costa Ricas und der USA damit zugleich ein weltweites Verbot des therapeutischen Klonens verbinden wollten. Ebenso wenig fand der entgegengesetzte Vorschlag Belgiens die notwendige Zweidrittelmehrheit, der die Regelung des therapeutischen Klonens den einzelnen Staaten freistellen wollte. Am 8. März 2005 wurde eine unverbindliche Deklaration erarbeitet, die diesen Streit in der Schwebe lässt. Aus Wikipedia, „Klonen“, 26.2.2012

viert werden, was technisch bereits möglich ist. Eine Alternative zur Vernichtung oder „Beforschung“ von Embryonen stellt die Freigabe zur Adoption dar⁴⁸.

X Die Debatte über den Lebensschutz

In der Lebensschutzdebatte stehen sich zwei Standpunkte gegenüber: Eine gradualistische Haltung (Bindung an sogenannte moralische Eigenschaften) sieht den Lebensschutz als Interessenschutz, die Position des umfassenden Lebensschutzes sieht den Lebensschutz hingegen als grundlegendes Menschenrecht, das die Schutzwürdigkeit schlicht an das Menschsein des Menschen bindet.

Der abgestufte Lebensschutz (Interessenschutz)

Für Vertreter eines abgestuften Lebensschutzes besteht weder ein Abtreibungsverbot noch ein Verbot aktiver direkter Euthanasie. Eine „Unterklasse menschlicher Individuen“⁴⁹ kann ausgesondert werden, weil sie nur unter der Bedingung schutzwürdig sind, zukunftsbezogene Wünsche und damit ein Interesse am Leben ausgebildet zu haben. Das heißt, nach dieser Auffassung reicht es nicht aus, ein menschliches Wesen an sich zu sein. Die reine Gattungszugehörigkeit begründet keine Schutzwürdigkeit. Befürworter dieser Position sehen in der Bevorzugung der Angehörigen der eigenen Gattung vor denen einer anderen Gattung von Lebewesen eine Art „höheren Rassismus“ (Speziesismusvorwurf), und meinen, biologische Fakten seien per se moralisch irrelevant.

Das Lebensrecht haben aus utilitaristischer Sicht nur Personen, nicht Menschen schlechthin. Der ontologische Personenbegriff wird dabei nicht herangezogen, sondern der von John Locke formulierte bewusstseinstheoretische Personenbegriff⁵⁰, der Person und Mensch voneinander trennt. Person ist nur, wer bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten besitzt, z. B. Rationalität und Selbstbewusstsein (Trennung von biologisch- und personalmenschlichem Leben). Das Lebensrecht ist aus dieser Sicht kein Menschen-, sondern ein Personenrecht. Dieser Unterscheidung nach gibt es demnach einige menschliche Wesen, die keine Personen sind (Feten, Neugeborene, Komatöse etc.) und einige Personen, die

⁴⁸ In den USA und einigen anderen Ländern (z.B. Spanien, Tschechien) wird diese Möglichkeit geboten.

⁴⁹ Pöltner zitiert Hoerster 1993, 69

⁵⁰ John Locke, An essay concerning human understanding, 1690

keine menschlichen Wesen sind (z.B. Schimpansen)⁵¹. Der zeitgenössische Philosoph Peter Singer findet daher nichts Verwerfliches daran, Säuglinge zu töten⁵². „Denn eine potentielle Person hat noch kein Lebensinteresse, also bewirkt eine Tötung nicht dessen Verletzung, sondern verhindert zuvor bereits dessen Entstehung. Einen Anspruch auf Entstehung gibt es aber nicht“, fasst Pöltner diese Sichtweise zusammen (S. 201).

Pöltners Kritik am Interessenschutz

Für Pöltner ist der utilitaristische Speziesismuskritik selbst eine Art höherer Rassismus. An Stelle der biologischen Spezies tritt nämlich die „Spezies der Bewusstseinsbesitzer“. Auch Pöltner hält biologische Fakten für moralisch irrelevant, sieht darin aber nur die Folge eines methodischen Reduktionismus: „Biologisch gesehen gibt es überhaupt keine moralischen Phänomene, sondern höchstens Selektionsvorteile“ (S. 203).

Pöltner kritisiert, dass die Argumente des Interessenschutzes voraussetzen, dass Mensch bzw. Person zu sein eine Eigenschaft sei. Er hält dem entgegen, dass niemand die Eigenschaft hat, Person zu sein, sondern Person ist. So betrifft z.B. der Verlust des Menschseins den ganzen Menschen selbst, er hat aufgehört zu existieren und nicht nur eine bestimmte Eigenschaft verloren. Auch kann man, so Pöltner weiter, nicht im Laufe seines Lebens die Befähigung zu leben erwerben, weil man dazu schon leben muss. Existieren ist weder eine erlernbare Fähigkeit noch eine Tätigkeit, sondern deren Ermöglichungsgrund (S. 205).

Ungeborene z.B. sind zu einem selbstverantwortlichen Daseinsvollzug noch nicht in der Lage, stehen aber in der (prinzipiellen) Möglichkeit dazu. Sind sie zu erwachsenen Menschen geworden, hat sich diese Möglichkeit realisiert, d.h. die Möglichkeit hat sich verwirklicht, „nicht aber hat ein moralisch irrelevantes biologisches Substrat eine moralisch relevante Fähigkeit erlangt“ (s. 206).

Für Pöltner lebt oder stirbt nicht ein menschlicher Organismus, sondern jemand bestimmtes (Kind, Vater, Freund, etc). Eltern zeugen nicht einen Embryo, sondern ihr Kind. „Es lebt nicht das Leben, sondern jemand“, ist Pöltner über die einem methodischen Reduktionismus entstammende Fachterminologie erbost, welche Lebensphasen zum Subjekt des Werdens machen (Embryo, Fetus, Leibesfrucht). Pöltner sieht im Embryo nicht „ein von mir unterschiedenes Individuum, schon gar nicht ein bloßes Etwas, sondern eine gewesene Lebensphase meiner selbst“ (S. 213).

Die Frage nach dem Anfang des Existierens

⁵¹ „Die Tötung eines Schimpansen ist schlimmer als die Tötung eines schwer geistesgestörten Menschen“, Pöltner zitiert hier Singer, 1984, 134, siehe S. 200

⁵² Singer 1984, 173

Mit der Fertilisation, so Pöltners Formulierungsvorschlag, haben wir es mit neuem, auf Persönlichkeit hin offenen menschlichen Leben zu tun, das als Vorform menschlicher Leiblichkeit bezeichnet werden kann. In Samen- und Eizelle treten uns nicht erste Existenzphasen eines Menschleibes entgegen, die reale Möglichkeit dazu ist aber mit dem Akt der Befruchtung gegeben: „Jemand kommt aus der Verborgenheit seiner selbst zu sich. Deshalb müssen wir warten, bis sich zeigt, wer hier schon zu existieren angefangen hat. Dieses Offenbarwerden ist unsere Existenzgeschichte. Die Frühphasen des Leibes sind jemandes Existenzphasen, der sich selbst und anderen verborgen ist“ (S. 215).

XI Persönliche Stellungnahme

In seinem Buch gibt Pöltner einen kompakten Überblick über Grundzüge und Handlungsfelder der Medizinethik. Dies macht er, ob seiner Profession als Philosoph, aus der Perspektive des Ethikers, ohne dabei die praktischen Anforderungen von bzw. an Patient, Arzt und Gesellschaft aus den Augen zu verlieren. Er bietet dem Leser seines Werks sowohl basale Hilfen zur ethischen Urteilsbildung, als er auch selbst einen weltanschaulichen Standpunkt bezieht und dabei die Kritik Andersdenkender erläutert und beantwortet. Schade ist, dass er in der 2006 erschienen Neuauflage des Buches aus dem Jahre 2001 zwischenzeitlich stattgefundenen Entwicklungen und sich daraus ergebenden Fragestellungen nicht ergänzt.

Künstliche Befruchtung und Eizellenspende

Vermissten lässt das Buch eine grundlegende Auseinandersetzung mit den verschiedenen Methoden der künstlichen Befruchtung (Insemination, einfache IVF, ICSI-Methode), die jeweils andere ethische Fragestellungen aufwerfen. Während Insemination und einfache IVF relativ „naturnahe“ Bedingungen herstellen, greift die ICSI-Methode durch die im Labor vorgenommene Auswahl *einer* Eizelle und *eines* Spermiums erheblich in den Vorgang der Befruchtung ein. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch werden meiner Erfahrung nach diesbezüglich eher über Risiken und Erfolgchancen aufgeklärt, als ihnen ethische Problemlagen bewusst gemacht oder Mittel zur selbstständigen ethischen Urteilsfindung nahe gebracht werden.

Noch heikler stellt sich aus meiner Sicht die „Embryogewinnung“ bei heterologen künstlichen Befruchtungen dar (auf die Pöltner nicht eingeht). Kinder, die aus Eizellen- oder Samenspenden hervorgehen, werden mir zunehmend oft vorgestellt. Dass heimische Kinderwunschexperten den Ankauf von Eizellen im benachbarten Ausland (z.B. Bratislava, Slowakei) anbahnen und unterstützen und damit das gesetzliche Verbot von Eizel-

lenspenden (und PID) in Österreich umgehen, ist wohl bekannt⁵³. Nach erfolgtem Embryotransfer wird die werdende Mutter sodann im Inland weiter betreut⁵⁴. Aus meiner Sicht als Bindungstherapeutin sind die Folgen einer auf Fremdspenden basierenden Geburt eines Kindes für das Familiensystem besonders schwerwiegend. Meines Wissens liegen jedoch noch keine Langzeitstudien über innerfamiliäre Auswirkungen vor. Die öffentliche Diskussion zu diesem Thema orientiert sich mehr an Fragen des Benachteiligungsverbotes (gegenüber den potentiellen Eltern) und daraus resultierenden rechtlichen Bestimmungen als am Kindeswohl.

Das weithin als grundlegend anerkannte psychosoziale Bedürfnis (und Recht!) auf eindeutige Identität wird jedoch schwer korrumpiert. Wie lässt es sich damit leben, zwei „leibliche“ Mütter zu haben? Mit wem fühlt sich dieses Kind verbunden bzw. darf sich verbunden fühlen? Wie wird ein Kind damit fertig, nicht „empfangen“, sondern, zumindest teilweise, „gekauft“ bzw. „verkauft“ worden zu sein? Wie gestaltet sich der Beziehungsaufbau zwischen Mutter, Vater und Kind mit dem Wissen, dass mindestens eine fremde Person Anrecht auf Teilhabe am Familiensystem hat, das ihr aber nie gewährt werden wird? Welche Belastung stellt eine etwaige Geheimhaltung für die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung dar? Inwieweit ist die gesunde Selbstwertentwicklung des Kindes durch heimliche Vorbehalte der Eltern gefährdet?

Einen weiteren diskussionswürdigen Punkt stellt die Tatsache dar, dass Mütter, die mit Mitteln der Reproduktionsmedizin erfolgreich schwanger wurden, verhältnismäßig oft durch Kaiserschnitt entbunden werden. Das mag zum einen an den häufig vorkommenden Mehrlingsschwangerschaften liegen, zum anderen aber an dem Umstand, dass nach dem bereits erfolgten großen finanziellen und medizinischen Aufwand sowohl für die betreuenden Mediziner als auch für die Mutter eine herbeigeführte, mit chirurgischen Mitteln durchgeführte, Geburt naheliegender scheint, man sozusagen am Ende eines langen Prozesses nichts dem Zufall überlassen will.

Pränatale Diagnostik und ungehinderter Bindungsaufbau

⁵³ In Österreich ist die Eizellspende im Rahmen der IVF verboten. Samenspenden sind nur unter bestimmten, strengen Voraussetzungen möglich. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat 2010 ein Urteil gesprochen, wonach dieses Verbot Grundrechtsverletzungen beinhaltet. Eine ausführliche Zusammenfassung der juristischen Lage und umfangreiche Einwände gegen diesen Beschluss finden sich bei der „Aktion Leben Österreich“, www.aktionleben.at, ‚Politische Arbeit‘, ‚Drittintervention‘ und ‚Eizellspende‘, 28.02.2012

⁵⁴ Die „Aktion Leben Österreich“ schlägt vor darüber nachzudenken, die Inanspruchnahme vom Eizellspenden im Ausland unter Strafe zu stellen, um auch Frauen außerhalb Österreichs vor Ausbeutung zu schützen. Ein Vorschlag, dem ich mich aufgrund des derzeit stattfindenden, ethisch sehr bedenklichen Befruchtungstourismus anschließen möchte.

Pöltner spricht sich in seinen Ausführungen für eine Anwendungseinschränkung der pränatalen Diagnostik auf Risikoschwangerschaften aus und warnt vor einem Abgleiten dieser Diagnoseverfahren in „nichtindizierte Dienstleistungen“. Dies ist zehn Jahre nach Erscheinen seines Buches de facto bereits geschehen. In meiner Praxis begegnen mir nahezu keine jungen Mütter mehr, die sich in ihrer Schwangerschaft nicht mindestens einer Nackentransparenzmessung und einem Fehlbildungsschall unterzogen hätten - dies völlig unabhängig vom Alter der Frau.

Eine stillschweigende Vereinbarung der Gesellschaft zum „Aussondern“ von Behinderter wurde in realita also längst getroffen. Bemerkenswert ist, dass sich dieser Zustand argumentativ über den Autonomieanspruch der Patientin und über die rechtliche Pflicht der Mediziner aktiv über „Risikoabschätzung“ aufzuklären, eingeschlichen hat. Aus meiner Sicht werden damit beide, Patientin und Arzt, in eine unzumutbare Situation gebracht. Der Mediziner ist mit der Verrechtlichung seines ärztlichen Handelns konfrontiert und steht unter dem enormen Druck, etwaige Schadensersatzforderungen präventiv abzuwehren. Die Patientin gerät unter Rechtfertigungsdruck und muss gegebenenfalls eine Untersuchung, die ihr als selbstverständlich angeboten wird, ablehnen. Auch in diesem Themenkreis taucht dieselbe Frage auf: Wird die werdende Mutter auf ethische Fragestellungen hingewiesen bzw. werden ihr Kriterien zu Urteilsfindung angeboten? Ist ein Arzt im Praxisalltag überhaupt in der Lage dieser (meiner Meinung nach existierenden) Notwendigkeit nachzukommen bzw. ist es von ihm zu erwarten? Mediziner beklagen schon heute, dass die Problematik der Pränatalen Diagnostik so umfangreich ist, „dass es nahezu unmöglich ist, sie in allen Konsequenzen in der Frühschwangerschaft allen Schwangeren mit dem Ziel einer ‚informierten Zustimmung‘ nahe zu bringen“⁵⁵.

Wie Claudia Schumann, Sprecherin der AG Frauenärztinnen, in ihrem Aufruf 2005 sagt: „Es kann nicht angehen, dass Frauen und Frauenärztinnen in der Pflicht sind, dieses Problem für die Gesellschaft durch die pränatale Diagnostik zu ‚lösen‘. Das geht uns alle an. Dem Problem müssen wir uns als Gesellschaft stellen“⁵⁶. Leider ist meines Erachtens die Vorgehensweise bereits so verfestigt, dass ein Zurück an den (Diskussions-)Start sehr schwer und nur durch eine engagierte, gemeinschaftliche Anstrengung bewerkstelligbar scheint.

Abschließend möchte ich noch ins Feld führen, dass aus bindungstheoretischer Sicht die routinemäßige Infragestellung des heranwachsenden Embryos oder Fetus sehr kritisch zu betrachten ist. Es ist unumstritten, dass eine werdende Mutter bereits im Verlauf der

⁵⁵ Dr. Claudia Schumann, im Rundbrief 18 des Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Okt. 2005. Zitat entnommen aus: www.lebenshilfe.at/Aktuelle-Entwicklungen-und-Per.393.0.html, 10.01.2012

⁵⁶ ebendort

Schwangerschaft die Beziehung zu ihrem Kind aufnimmt (Ansprechen, Streicheln, Erzählen, Beantworten, Beruhigen, etc.). „Einige Frauen leben bis zum Zeitpunkt der Bestätigung eines unauffälligen Chromosomensatzes ihres ungeborenen Kindes in einer Art ‚Schwangerschaft auf Probe‘“, worauf Roswitha Schwab und Ulrike Walburg in ihrem Buch „Beunruhigende Befunde in der Schwangerschaft“⁵⁷ hinweisen. Das Zurückhalten beziehungsstiftender Handlungen und das Unterlassen emotional-anehmender Kontaktaufnahme könnten u.U. aber bereits beim Ungeborenen Verlassenheitsgefühle und Rückzugsverhalten auslösen. Diesem Umstand sollte aus meiner Sicht auch in der ethischen Beurteilung pränataldiagnostischer Verfahren vermehrt Rechnung getragen werden.

⁵⁷ Schwab, R., Walburg, U., 2008, Beunruhigende Befunde in der Schwangerschaft, Ein Ratgeber zur Pränataldiagnostik, S. 119

XII Literaturverzeichnis

Honnefelder, L. (1994b), Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln. Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik, in: Honnefelder L.; Rager, G. (Hg), Ärztliches Urteilen und Handeln, Insel, Frankfurt-Leipzig

Aristoteles, (1967), Die Nikomachische Ethik, Artemis Verlag, Zürich und München

Kant, Immanuel, (1998), Kritik der reinen Vernunft, Philosophische Bibliothek Band 505, Felix Meiner Verlag, Hamburg

Buber, Martin (2008), Ich und Du, Reclam, Stuttgart

Schockenhoff, E. (1992), Der gläserne Mensch. Ethische Überlegungen zur Analyse des menschlichen Genoms, in: Arzt und Christ 38

Wolff, H. P. (1989), Arzt und Patient, in: Sass, H.M. (Hg.), Medizin und Ethik, Reclam, Stuttgart

Eibach, U. (1997), Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43

Dichgans, J. (1994), Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett. Zur Aufklärung von Kranken und Sterbenden, in: Honnefelder L.; Rager, G. (Hg), Ärztliches Urteilen und Handeln, Insel, Frankfurt-Leipzig

Schwab, R., Walburg, U., 2008, Beunruhigende Befunde in der Schwangerschaft, Ein Ratgeber zur Pränataldiagnostik, Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen/München

Irrgang, B. (1996), Genethik, in: Nida-Rümelin, J. (Hg), Angewandte Ethik, Kröner, Stuttgart

Hoerster, N. (1995), Zur rechtsethischen Begründung des Lebensrechts, in: Bernat, E. (Hg.), Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Leykam, Graz

Singer, P. (1984), Praktische Ethik, Reclam, Stuttgart