

Bioethik und Gentechnik – kein Buch mit sieben Siegeln

1. Was ist Bioethik	S 01
2. Bioethik eine Spezialethik für medizinische Fragen am Lebensanfang und Lebensende	S 03
3. Fazit	S 08
4. Frauen-Körper als Schnittstelle	S 09
4.1. Pränataldiagnostik	S 10
4.2. In-vitro-Fertilisation	S 10
4.3. Präimplantationsdiagnostik	S 11
4.4. Embryonale Stammzellforschung	S 12

1. Was ist Bioethik

Bioethik ist bei uns eine recht neue Wissenschaft, die sich seit den 90er Jahren langsam etabliert hat.

In den USA jedoch ist sie bereits seit 1971 ein eigener, fest etablierter Lehr- und Forschungsbereich, der über etliche Lehrstühle und Institute verfügt.¹ Hier wird interdisziplinär gearbeitet, das heißt, Wissenschaftler unterschiedlicher Fachrichtung sind beteiligt: Philosophen und Theologen, Mediziner und Naturwissenschaftler, vor allem Biologen.

Ethische Fragen wurden menschheitsgeschichtlich immer in eine bestimmte Zuständigkeit verwiesen. Ganz früher waren es die Priesterinnen und Priester, die in ethischen Fragen entschieden. Noch das Alte Testament erzählt davon. In der Antike wurden sie von den Philosophen abgelöst. Sie definierten nun, was ethisch und gut ist. Die westliche Kultur wurde viele Jahrhunderte dann von theologischer, christlicher Ethik geprägt. Seit der Aufklärung gibt es keine Allein-Zuständigkeit einer Disziplin mehr in ethischen Fragen. Im Wesentlichen aber teilen sich Philosophie und Theologie die Beantwortung ethischer Fragen.

Von anderer Seite aber – meistens der Medizin – werden jedoch ethische Normen geschaffen. Nicht mehr öffentlich und diskursiv, wie es die Disziplinen Philosophie und Theologie zu tun pflegten, sondern durch neue Fakten, die die Medizin selbst schafft, werden neue Normen gesetzt.

An diesem bereits veränderten Punkt bringt sich die Bioethik ein. Sie greift eigentlich nur auf, was faktisch schon geschieht und will es ordnen, durchdenken und begründen.

Eine Ethik, die den Anforderungen und Veränderungen der Moderne entspricht, muss von einem Team von Forschern unterschiedlicher Bereiche etabliert werden, um allgemeine Anerkennung zu finden. Sie kann sich nicht mehr nur einseitig auf religiöse Ethik stützen.² Mit dieser Prämisse tritt die Bioethik an. Sie will moralisches Handeln im säkularen Pluralismus beschreiben, in einer Zeit also, in der sich immer weniger Menschen religiöser Ethik verbunden fühlen und in der man glaubt, dass religiöse Ethik den Problemlagen der Gegenwart nicht mehr gerecht werden kann.

¹ Der bio-ethische Diskurs in der BRD und die „Bioethik Konvention“ der EU, S.2, <http://www.free.de/antifa/misc/bioethik.html> vom 21.2.1997

² Bezug genommen wird hier auf die Bioethik, wie sie in den USA entstanden ist. Bioethische Gegenentwürfe dazu finden sich u.a. bei Günter Altner, Naturvergessenheit. Grundlagen einer umfassenden Bioethik, Darmstadt 1991 und Reinhard Löw (Hg.), Bioethik. Philosophisch-theologische Beiträge zu einem brisanten Thema, Köln 1990.

So hat die Bioethik ihren Siegeszug ausgehend von den USA seit den 70er Jahren begonnen – unabhängig von traditionellen Werten und Normen. Sie fußt auf einer ganz einfachen, verständlichen ethischen Basis: dem Autonomie- und Fürsorgeprinzip.

Autonomie und Fürsorge als die zwei Minimal-Forderungen, mit denen sich die meisten Menschen einverstanden erklären können – egal welchen ideologischen Hintergrund sie haben.

Autonomie und Fürsorge lassen sich kurz und eingängig erläutern:

Die **Autonomie** des Einzelnen hat die gegenseitige Achtung der Menschen voreinander zur Grundlage.³ Das heißt, eine Handlung, die eine Auswirkung auf andere Personen hat, ist dann ethisch vertretbar, wenn das freie Einvernehmen aller Beteiligten zugrunde liegt.⁴ Wenn alle Betroffenen Ja sagen, ist das Vorhaben akzeptabel.

Das **Fürsorgeprinzip** zielt auf das Herbeiführen des Guten und Vermeidung des Schädlichen.⁵ Auch das klingt vernünftig. Was das jeweils Gute oder Schädliche für einen Menschen sei, kann nur unter Berufung auf das Autonomieprinzip entschieden werden.⁶ Das heißt wieder, wenn alle Beteiligten sich darauf verständigt haben, dass eine Handlung zum Guten führt, dann führt sie auch zum Guten – dann ist sie ethisch unbedenklich.

Eine Einschränkung erfährt dieses Prinzip allerdings durch den Gedanken der **Schadensverhütung**.⁷ Danach widerspricht es der Fürsorge, jemandem seinem Wunsch entsprechend einen Dienst zu erweisen, der ihm schadet.

Die Grundsätze der Bioethik lassen sich also schnell und eingängig verdeutlichen. Jeder kann dazu nicken: religiöse Menschen wie Christen und Muslime, aber auch nicht religiöse Menschen, wie Humanisten und Atheisten.

Versuchen wir, damit ein Problem zu lösen:

z.B.: Autobahnbau durch ein Naturschutzgebiet!

Wenn alle Beteiligten: Stadt, Anwohner, Grundbesitzer..., dazu ja sagen, kann gebaut werden.

DENN: eine Berufung auf höhere Interesse gibt es nicht! (Naturschutz)

Ein anderes Beispiel:

Standortschließung eines Wirtschaftsunternehmens

Die Unternehmensführung ist dafür, die Arbeiter sind dagegen. Es gibt kein Einvernehmen über die Schließung. Im Gegenteil, die Belegschaft beruft sich auf das Autonomie und das Fürsorgeprinzip. Der Standort wird nicht geschlossen!

Ja, und da merken Sie schon, die Bioethik ist gar nicht für den Alltag gemacht. Bioethik etabliert gar keine Ethik für alle Fälle, wie es früher christliche oder philosophische Ethik tat!

³ H. Tristram Engelhardt jun., Die Prinzipien der Bioethik, in: Hans-Martin Sass (hg.), Medizin und Ethik, Stuttgart 1994, S. 115 und : Lexikon der Bioethik, Bd.1, W.Korff u.a. (hg.), Gütersloh 1998, S. 290

⁴ H.Tristram Engelhardt jun., ebd., S.113

⁵ H.T.Engelhardt jun., ebd., S. 115

⁶ H.T.Engelhardt jun., ebd., S. 116

⁷ H.T.Engelhardt jun., ebd., S. 107 f.

Bioethik ist vielmehr eine Spezial-Ethik. Für einen ganz eingeschränkten Bereich. Es geht um die Fragen von Leben und Tod im medizinischen Bereich.

Die Medizin hat sich über die Jahrhunderte so verändert, dass sie eine eigene Wirklichkeit geschaffen hat. Ich habe es eben angedeutet. Diese eigene Wirklichkeit hat Normen gesetzt, über die vorher gar nicht nachgedacht worden ist.

Niemand hatte Gelegenheit zu fragen: Wollen wir das? Oder: Wie wollen wir das?

z.B.: Pränataldiagnostik:

Langsam schleichend seit den 70er Jahren gibt es in der ehemaligen Schwangerschaftsvorsorge für die werdenden Mütter immer mehr diagnostische Möglichkeiten, die sich auf das Ungeborene beziehen. Letztlich wirft diese Diagnostik sogar die Frage nach der Tötung des Ungeborenen wegen dessen Behinderung auf.

Hier hat sich durch neue technische Möglichkeiten eine neue Norm etabliert: die legale Tötung von Ungeborenen mit Behinderung. Junge Menschen haben sie oft schon verinnerlicht. Sie finden es schon „normal“ – eben der (neuen) Norm entsprechend!

Für sie ist es also Normalität, das Ungeborene zu töten, wenn dieses selbst nicht der Norm (eines gesunden Menschen) entspricht!

An diesem Beispiel zeigt sich, wie technische Möglichkeiten neue Normen, neue Ethik geschaffen haben, ohne dass es zuvor eine gesellschaftliche Meinungsbildung darüber gab. Normen ohne demokratische Legitimation!!!

2. Bioethik eine Spezialethik für medizinische Fragen am Lebensanfang und Lebensende

Die Bioethik soll also nun nachholen, was über die Schnelligkeit medizinischer Entwicklungen vergessen wurde. Bioethik ist also eine nachgeschaltete Ethik. Die Problemlage ist da, sie soll nachträglich ethische Begründung finden!

Das geht natürlich nicht mit der Bibel!

Denn die Bibel kennt Normen unabhängig von menschlichen Interessen und sich wandelnden kulturellen Bedingungen oder technischem Fortschritt. Lebensschutz und Naturschutz zum Beispiel.

Solche immer gültigen Normen führt die Bibel auf Gott zurück.

Aber nicht alle Menschen im 21. Jahrhundert wollen sich auf göttliche Normen berufen. Und selbst wenn sie religiös sind, berufen sie sich nicht unbedingt auf den Gott der Bibel.

Insofern greift die Bioethik einen berechtigten Gedanken auf, wenn sie eine ethische Basis für das Zusammenleben und –wirken der Menschen der Gegenwart sucht, die so unterschiedlich sind, wie gerade beschrieben.

ABER, ich sagte es schon, sie etabliert gar keine ethischen Normen für alle Lebensbereiche. Sie ist Spezialethik für die strittigen Fragen am Lebensanfang und –ende, mit denen uns der rasende medizinische Fortschritt konfrontiert.

Welche Lösungen bietet die Bioethik?

Immer mal wieder geht durch die Presse ein Fall eines Menschen, der schwer krank ist, unerträgliche Schmerzen hat oder komplett gelähmt ist und daher sterben will, es aber nicht kann. Manchmal reicht dann ein Verwandter den Giftbecher oder setzt die Giftspritze, seltener medizinisches Personal. Oft schon haben sich Gerichte mit solchen Fragen beschäftigt.

Die Bioethik bedenkt solche Fälle unter dem Aspekt der Autonomie!

Die Autonomie des Menschen schließt nach Vorstellung der Bioethiker auch die Selbstbestimmung über den eigenen Tod mit ein.

Klassisch bezieht sich Autonomie eigentlich auf den Lebensvollzug und soll die Lebensbedingungen im Sinne des jeweiligen Menschen positiv steuern.

In der Bioethik, wie sie aus den USA zu uns gekommen ist, schließt der Begriff Autonomie nun die Zerstörung der menschlichen Autonomie mit ein, indem der Tod gewählt werden kann – also die Autonomie ein Ende findet und aufgegeben wird.

Ein erstaunlicher Wandel in der Bedeutung des Wortes Autonomie !

Ein Bedeutungswandel, der von den Bioethikern aber nicht ausdrücklich benannt wird. Sie setzen die neue Bedeutung einfach fest. So kann nun die Vernichtung des als autonom bezeichneten Lebens unter bestimmten Voraussetzungen mitgedacht werden!

Und bei sogenannten Nicht-Einwilligungsfähigen sollen Angehörige oder Betreuer zu solch einem Schritt ermächtigt werden. Der autonome Mensch, der seine Autonomie noch nicht oder nicht mehr wahrnehmen kann, wird getötet auf Wunsch seiner Angehörigen oder Betreuer. Das trifft – wie im Fall der Pränataldiagnostik schon beschrieben: Ungeborene – aber auch Menschen mit Demenz, im Koma oder mit geistiger Behinderung.

Diese ungewöhnliche Ausdehnung des Autonomiegedankens fällt in unserer Gesellschaft jedoch auf fruchtbaren Boden. Denn die Vorstellung eigener Abhängigkeit von Pflegenden, langes Leiden und Siechen sowie geistige Beeinträchtigung durch Alter oder Krankheit machen uns Angst und widersprechen zudem unserem Selbstverständnis und dem gesellschaftlichen Ideal von einem unabhängigen Individuum.

Es gibt eine Untersuchung von Gerhard Schulze darüber, wie heute Wert und Sinn des Lebens definiert werden. Er kommt zu dem Schluss, dass die meisten Menschen unter Lebensqualität verstehen: Leistungsfähigkeit sowie Konsum- und Erlebnismöglichkeiten! Wenn die genannten Zustände durch Krankheit oder Alter erhebliche Einschränkung erfahren, sinkt die Lebensqualität und wächst das Nachdenken über den eigenen Tod.⁸

Leistungsfähigkeit, Konsum- und Erlebnismöglichkeiten – machen das Leben, das Menschsein heute aus!

Man braucht nicht sehr weit in die Vergangenheit zurück zu gehen, um zu sehen, dass zu anderen Zeiten Lebensqualität anders beurteilt wurde. Noch meine Großmutter hat sich weder über Leistung, noch Konsum oder Erlebnisse definiert. Sie war Ehefrau und Mutter, hatte eine Rolle in dem großen Haus, in dem ein Teil der Großfamilie zusammen wohnte. Sie selbst war überhaupt nicht leistungsorientiert: „wenn du alles kannst, musst du alles tun!“ sagte sie immer. Und zu konsumieren oder zu erleben, gab es nicht viel. Meine Großmutter ist wenig gereist und das erst im Alter. Sie ging nicht ins Theater und hatte auch erst in hohem Alter einen Fernseher.

Leistung, Konsum, Erlebnis – das sind Vokabeln der Gegenwart.

Aber, wie die Untersuchung von Schulze zeigt, haben sie schnell hohen Rang erlangt, so dass sich heute schon die Menschen selbst darüber definieren. Erhebliche Einschränkungen an diesen Punkten lassen den Lebenswert sinken; man verliert den Spaß am Leben und sieht daher keinen Sinn mehr darin!

⁸ G.Schulze, Die Erlebnisgesellschaft, Frankfurt/Main 1995, 5.Auflage

Zufällig fallen diese drei: Leistung, Konsum, Erlebnisfähigkeit – zusammen mit der Ausrichtung, die unsere Gesellschaft genommen hat. Wir sind eine Konsumgesellschaft; wir konsumieren Güter, aber auch Erlebnisse - die ganze Freizeitindustrie beruht darauf. Und wir sind eine Leistungsgesellschaft. Von der Grundschule an werden die Kinder darauf vorbereitet. Seit langem besteht schon die Forderung, bereits im Kindergarten damit anzufangen!

Die Säulen der Gesellschaft, die Bedingungen, die die Wirtschaft gesetzt hat, sind ganz fraglos verinnerlicht worden, so dass die Mehrheit der Bevölkerung in diesem Sinne das eigene Leben definiert!

Bezogen auf die Bioethik heißt das: die Autonomie des Individuums wird in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Normen bzw. Erfordernissen entwickelt.

Die eigentliche Bedeutung des Begriffs „Autonomie“ ist aber „Selbstgesetzgebung“⁹. Und davon abgeleitet auch: „Selbstbestimmung“.

Vom Wort her verbirgt sich hinter Autonomie ein ganz eigener Lebensaufriß. Wenn wir Autonomie in unserer Gesellschaft ernst nehmen würden, müssten wir auf ganz unterschiedliche Lebensentwürfe stoßen – eben, weil die Menschen unterschiedlich sind. Autonomie in der Bioethik legt aber einen einheitlichen Lebensaufriß zugrunde, der sich an den gesellschaftlichen Notwendigkeiten orientiert. Das wird in der Diskussion um bioethische Fragen viel zu selten betont!

Und es gibt noch eine weitere, markante Umdeutung bei der Verwendung des Begriffs Autonomie in der Bioethik. Denn Autonomie wird in den Schranken von bestimmtem feststellbarem Leistungsvermögen definiert wird.

Das heißt: der Mensch muss sich erst mal als autonom erweisen, bevor er das Recht auf Autonomie erhält.

Das ist nun auch wieder eine unglaubliche Veränderung der Grundbedeutung. Denn eigentlich ist Autonomie seit der Aufklärung das Kennzeichen des Humanen ! Ein unverlierbares Grundcharakteristikum, das jedem Menschen zuzuerkennen ist unabhängig von seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten.¹⁰

Eben weil der Mensch autonom gedacht ist, kann man nicht von außen Anforderungen an ihn stellen. Von der ursprünglichen Bedeutung her kann man nicht sagen: „du bist erst autonom, wenn“

Jeder, der ein Kind groß gezogen hat, weiß, dass auch kleine Menschen sehr autonom entscheiden; und genau wissen, was sie wollen und was nicht. Das gilt ebenso für Menschen mit geistiger Behinderung und für Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Alter Einschränkungen in ihrer Wahrnehmung, Artikulationsfähigkeit oder Motorik haben. Auch sie verlieren ihre Autonomie nicht. Auch sie wollen etwas und anderes wollen sie nicht. Oft jedoch können sie das nicht für uns verständlich machen. Das ist aber eine Aussage über uns – nicht über die Autonomie der Hilfebedürftigen.

Wie kommt es nun, dass der Autonomiegedanke in der Bioethik so verändert wurde?

Das hängt mit den Entstehungsbedingungen der Bioethik zusammen.

⁹ Lexikon der Bioethik, W.Korff u.a. (Hg.), Bd.1, Gütersloh 1998, S.289 Art.: Autonomie , griech.: αὐτοῦς = selbst / νόμος = Gesetz, Regel.

¹⁰ Lexikon der Bioethik, ebd., S.291

Sie ist in den USA entwickelt worden. Dort, wie insgesamt im angloamerikanischen Raum, dominiert die philosophische Richtung des sogenannte Utilitarismus zusammen mit ökonomischen Normen das ideologische und moralische Klima. Utilitaristische Ethiken systematisieren und verstärken die der Marktgesellschaft inwohnende Moral.¹¹ Die Gesetze des Marktes werden übertragen in den Bereich von Ethik und Moral.

Ich möchte das verdeutlichen am Beispiel der Lehre des australischen Philosophen Peter Singer, der auch in unserem Land bekannt geworden ist.

Er genießt in der BRD Popularität, seitdem er zu diversen Vorträgen eingeladen worden ist und seine enge Mitarbeiterin Helga Kuhse auf dem 7.Internationalen Kongress für Humangenetik 1986 in Berlin gemeinsame Thesen vorgetragen hat. Singers Buch zu unserem Thema, die Praktische Ethik, hat mit unterschiedlicher Zielrichtung Eingang an bundesdeutschen Universitäten gefunden hat.¹² In Deutschland hat der Rechtsphilosoph Norbert Hoerster die Gedanken von Peter Singer in die juristische Debatte eingeführt und philosophisch werden sie von Georg Meggle vertreten, der derzeit in Leipzig lehrt.¹³

Nach Peter Singer ist mit Autonomie „die Fähigkeit gemeint, eine Wahl zu treffen, eine Handlung nach eigener Entscheidung zu vollziehen“.¹⁴ „Insbesondere kann nur ein Wesen, das fähig ist, den Unterschied zwischen Sterben und Weiterleben zu erfassen, sich autonom dafür entscheiden zu leben“.¹⁵

Diese Engführung von Autonomie zieht eine Einschränkung des Begriffs auch für den sogenannten autonomen Menschen nach sich. Entsprechend trennt Peter Singer das Menschsein von der Zugehörigkeit zur Spezies Homo Sapiens und will als „menschliches Wesen“ nur den betrachten, der „gewisse charakteristische Qualitäten“¹⁶ besitzt. Um diese festzulegen, zitiert er einen protestantischen Theologen, Joseph Fletcher (NL). Dieser listet als „Indikatoren des Menschsein“ Kriterien auf: „Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Sinn für Zukunft, Sinn für Vergangenheit, die Fähigkeit, mit anderen Beziehungen zu knüpfen, sich um andere zu kümmern, Kommunikation und Neugier“.¹⁷ Die genannten Kriterien für einen autonomen Menschen, der nun den Titel „Person“¹⁸ verdient, führen zur Entscheidung über das Recht auf Leben;¹⁹ und damit zu der Frage, warum man „Nicht-Personen“ leben lassen soll.

„Ob ein Wesen ein Mitglied unserer Spezies ist oder nicht, ist für sich genommen für die Verwerflichkeit des Tötens ebenso unerheblich wie die Frage, ob es ein Mitglied unserer Rasse ist oder nicht“.²⁰

¹¹ H.Kühn, Ökonomische Moral der Ausgrenzung, S.132.in: J.P. Stössel (Hg.), Tüchtig oder tot, Freiburg im Breisgau 1991, S.115-132

¹² Einladungen z.B.zum Europäischen Symposium „Biotechnik-Ethik-Geistige Behinderung“ 1989 in Marburg; oder zum Vortrag an der Universität Dortmund am 9.6.1989. Quelle: D.Weber (Hg.), Wer nicht paßt, muß sterben, Oberursel 1990, 2.Auflage, S.6-10

¹³ vgl.: R.Spaemann, Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung, S. 135; in: J.P.Stössel (Hg.), Tüchtig oder tot, Freiburg im Breisgau 1991, S.133-147

¹⁴ P.Singer, Praktische Ethik, Stuttgart 1984, S. 115

¹⁵ P.Singer, ebd., S.115

¹⁶ P.Singer, ebd., S.105

¹⁷ P.Singer, ebd., S.104

¹⁸ P.Singer, ebd., S.106

¹⁹ P.Singer, ebd., S.171: Wenn ein Recht auf Leben auf der Fähigkeit beruhen muß, weiterleben zu wollen, dann kann ein Neugeborenes aus dem gleichen Grund kein Recht auf Leben haben.

²⁰ P.Singer, ebd., S.161

Gründe für das Lebensrecht eines Menschen, dem Peter Singer Autonomie und damit das Person-Sein abspricht, liegen nur außerhalb des Betroffenen selbst.

Es geht darum, ob andere, etwa die Eltern, Interesse an dessen Leben haben.²¹

Das Lebensrecht eines Menschen mit Behinderung oder Krankheit in der Hand anderer Menschen – ihrer Beurteilung unterworfen.

Ihrem Interesse, so sagt Singer. Was noch viel weniger meint als Beurteilung.

Ist es mein Interesse, möchte ich oder nicht – ich habe die Wahl!

Soll das Ungeborene, der alte oder unheilbare Mensch sterben?

Habe ich Interesse an deren Leben....!

Das allein ist eine völlig neue Sicht auf menschliches Leben und Beziehung der Menschen untereinander.

Grundlage dessen ist wiederum eine willkürliche Festlegung: das Lebensrecht eines Menschen wird daran gebunden, ob er von Singer und anderen Bioethikern festgelegte Kriterien des Personseins erfüllt.

Damit trennt sich die Bioethik von dem kulturellen Hintergrund, auf den wir uns bisher berufen. In kultur- und geistesgeschichtlicher Tradition nämlich lassen sich Person- und Menschsein nicht voneinander trennen.²²

„Während das sittliche Subjektsein *Zuschreibungsgrund* von Personalität ist, ist *Zuschreibungskriterium* das Menschsein, zumal das sittliche Subjekt nicht anders existiert als in Form eines leibhaftigen menschlichen Individuums, das durch eine ursprüngliche Einheit von Leib und Ich ausgezeichnet ist“.²³

Somit schließt der Schutz der Person auch die Integrität von Leib und Leben ein.

Die Differenzierung zwischen Person- und Menschsein erweist sich als Kunstgriff, um einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Zusammen mit dem Postulat der Autonomie soll der Wandel im Begriff die Entscheidung über das Lebensrecht von Menschen ermöglichen.

Indem bestimmten Worten eine neue veränderte Bedeutung zugeschrieben wird, vollzieht sich ein Wandel im Denken und der Zugriff auf menschliches Leben wird legitim.

Die Bioethik hat hierzu zwei begriffliche Modifikationen vorgenommen.

Ich benenne sie noch mal:

Autonomie

Der Autonomiebegriff hat eine Engführung erfahren, indem er in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Normen und Erfordernissen entwickelt worden ist.

Dem steht der Autonomiegedanke ursprünglich entgegen, da er Befreiung von Zwängen aller Art bedeutet.²⁴

Wirkliche Autonomie ereignet sich nur unabhängig von festgelegten Kriterien. Sie gehört zum Menschsein. Das hat erstmals die Aufklärung betont. Aber auch biblische Bezüge können wir hierzu finden! (In der Kirchengeschichte kamen sie allerdings weniger zum Tragen).

²¹ P.Singer, ebd., S.116 f und 173. vgl.auch: P.Singer, Praktische Ethik, S.101-128 Weshalb ist Töten verwerflich?

²² vgl.: R. Spaemann, ebd., S.133-147
vgl.auch: H.Grewel, Recht auf Leben, Göttingen 1990, S.86f.

²³ Lexikon der Bioethik, a.a.O., Bd.3, Art.: Person, S.5

²⁴ Lexikon der Bioethik, a.a.O., Bd.1, S.291

Die Richtung der Bioethik, die Euthanasie legitimieren will, trägt ebenso wie an die Autonomie auch an das Menschsein festgelegte Kriterien heran.

Menschsein

Bioethik fasst das menschliche Leben statisch und funktional. Ausgehend von einem bestimmten Zustand eines Menschen zu einer bestimmten Zeit wird die Klassifizierung Person oder nicht vorgenommen und das daraus resultierende Urteil Leben oder Tod abgegeben.

Vernachlässigt wird, dass jedes Leben eine vorgeburtliche und eine nachgeburtliche Phase hat, dass Krankheiten und Schwäche ebenso wie Gesundheit und Stärke zu dem kontinuierlichen Prozess des Lebens gehören.

Menschsein wird somit nicht mehr als biologisches Phänomen in seiner beschriebenen Prozesshaftigkeit wahrgenommen. In ähnlicher Weise tritt der soziale und geschichtliche Charakter von Menschsein in den Hintergrund.

Hans Grewel bezeichnet es als eine der „grundlegenden Erfahrungen unseres Lebens und unserer Selbstwahrnehmung, dass wir immer schon und immer wieder Menschen vorfinden, die für uns da sind“.²⁵ Solidarität und Gemeinschaftsbezug sind wesentliche Elemente des Menschseins.

Historisch betrachtet prägt die Errungenschaft der Menschenrechte unser heutiges Verständnis vom Menschen. Von daher eignet ihm Würde.

Menschenwürde aktualisiert sich weder in Leistungsfähigkeit noch in Verwertbarkeit der Menschen, sondern gebührt ihnen allein aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Menschheit.²⁶ Auch hierzu finden wir biblische Bezüge in der Schöpfungsgeschichte.

Darüber hinaus setzt das individuelle Leben, die Subjektivität eines jeden die Zwecke selbst.

Das entspricht der Wahrnehmung, die wir von unserem eigenen Leben haben und auch von dem anderer. Ob jemand glücklich ist oder nicht, lässt sich nicht allgemein auf bestimmte Gründe zurückführen.

Der eine ist glücklich trotz Krankheit.

Ein anderer begeht Selbstmord, obwohl er von außen betrachtet doch alles hat, was man zum Leben braucht und gesund ist!

Glück und Unglück eines Lebens sind nicht messbar und schon gar nicht zu verallgemeinern.

3. Fazit

Aber, wie wir sahen, das will die Bioethik ja auch gar nicht. Sie will nicht den umfassenden Blick aufs Leben, sondern will Entscheidungskriterien entwickeln für bestimmte Situationen im medizinischen Alltag.

Dazu trübt sie nicht nur den Blick auf menschliches Leben in umfassenden Sinn, sondern gibt ehemals positiv besetzten Worten neue Bedeutung.

²⁵ H.Grewel, Recht auf Leben, Göttingen 1990, S. 32

²⁶ vgl.: H.Grewel, ebd., S.45

Mit ihren neuen Definitionen von Autonomie und vor allem Mensch- und Personsein verabschiedet sich die Bioethik aus dem Kontext kultur- und geistesgeschichtlicher Errungenschaften der Menschenwürde und der Unantastbarkeit von menschlichem Leben.

Damit fördert sie den Prozess der Entzivilisierung und Entsolidarisierung und befürwortet einseitig eine ökonomische Nützlichkeitsmoral.

Andererseits legitimiert sich die Bioethik in der Frage nach dem Lebensrecht auch nicht durch stringent naturwissenschaftliche Argumentation.

Denn insofern „Krankheiten und Behinderungen nach genau demselben Naturgesetz zustande kommen wie Gesundheit und Normalität“,²⁷ gibt es keine naturwissenschaftlich-zwingende Grundlage für die Entscheidung über Lebensrecht.

Die Natur kennt keine Unterscheidung zwischen gesund und krank.

Die immer währende Folge von Mutationen im genetischen Code – bei absolut jedem neuen Leben (menschlich, pflanzlich oder tierisch) – bringt ganz zufällig das hervor, was wir bewertend: Gesundheit oder Krankheit nennen.

Es gibt sogar Mutationen, die wir als Krankheit bezeichnen, die aber für das Überleben der Menschheit als Ganzes sinnvoll und notwendig sind. Zum Beispiel die „Sichelzell-Anämie“:

Der Träger einer so genannten einfachen SZ Anämie ist immun gegen Malaria.

Sinnvoll und notwendig etwa in Afrika und anderen Malaria-Gebieten.

Die Entscheidungen der Bioethik über Krankheit und Gesundheit stützen sich nicht auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse, auch nicht auf kultur- und geistesgeschichtliche Errungenschaften wie die Menschenwürde.

Die Bioethik angloamerikanischer Prägung gehorcht ganz anderen Gesetzen:

Sie gehorcht den Gesetzen des Marktes und der Machbarkeit.

Sie ist die Ethik der Ökonomie und der Technologie.

Sie dient als deren Legitimationswissenschaft.²⁸

Sie liefert allein pragmatische Gründe für die Entscheidung über Lebensrecht. Bestimmte Interessen lassen nach bestimmten Kriterien für ein Lebensrecht fragen.

In diesem Sinne ist der Einzug der Bioethik mit einer Unschärfe, Lockerung oder Entwertung humanmedizinischer und kultureller Ideale verbunden.²⁹

So scheint das Interesse der Bioethik mit der Frage nach Mensch- und Personsein auf die Einführung der Euthanasie zu zielen.

Trotz aller Rationalität kommt auch das System der Bioethik dabei nicht ohne den traditionellen Mechanismus der Stigmatisierung aus. Den unfreiwillig zu Tötenden spricht die Bioethik das vollwertige Menschsein ab durch die Differenzierung zwischen Homo Sapiens- und Person-Sein sowie die Modifikation des Autonomiebegriffes.

4. Frauen-Körper als Schnittstelle

Frauen kommt in den modernen Fortpflanzungstechnologien sowie in der Embryonenforschung die Schlüsselrolle zu. Frauen sind die Konsumentinnen der

²⁷ R.Löw, Philosophische Aspekte der Behindertenproblematik, S.86 f, in: T.Bastian (Hg.), Denken-Schreiben-Töten, Stuttgart 1990, S.83-93

²⁸ vgl.: H.Grewel, Behinderung und Philosophie: Ethik Konzepte auf dem Prüfstand, 1998, S.5

²⁹ vgl.: H.Kaupen-Haas u. Chr.Rothmaler, Moral, Biomedizin und Bevölkerungskontrolle, Frankfurt/Main 1997, S.9-19.

Fortpflanzungsmedizin und der vorgeburtlichen Diagnostik. Gleichzeitig liefern Frauen die begehrten Rohstoffe "Ei" und "Embryo".

Forschung und medizinische Praxis finden in einem gesellschaftlichen Kontext statt, in dem Frauen nach wie vor benachteiligt sind. Gleichzeitig verändern die Entwicklungen in Forschung und medizinischer Praxis die gesellschaftliche Realität und haben damit nachhaltige Folgen für einzelne betroffene Frauen wie auch allgemein für die Stellung der Frau in der Gesellschaft. Weder in der Politik noch in der Forschung wird dieser Tatsache bislang Rechnung getragen.

Pränataldiagnostik und In-vitro-Fertilisation sind mittlerweile weltweit etablierte Verfahren, auch in Deutschland. Die Erfahrungen mit diesen Verfahren müssen in die Abschätzung der gesellschaftlichen Folgen der neuen Verfahren, wie der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung berücksichtigt werden.

4.1. Pränataldiagnostik

Die Pränataldiagnostik gehört mit Tripletest, Ultraschall und empfohlener Fruchtwasseruntersuchung heute zum Alltag jeder Schwangeren. Das zentrale Anliegen der Schwangerenvorsorge ist nicht alleine das Wohlergehen der Schwangeren und ihres zukünftigen Kindes, sondern die gezielte Suche nach Auffälligkeiten des Ungeborenen mit dem Ziel eines eventuellen Schwangerschaftsabbruchs. Eine bewusste Entscheidung der Frau hierfür ist im Rahmen des "Normalangebots" der Schwangerenvorsorge nicht vorgesehen.

Hebammen und Patentinnen werden bisher nicht an der Festlegung der Richtlinien für die Schwangerenvorsorge beteiligt. Frauen müssen die Möglichkeit haben, eine informierte Wahl zu treffen, welche Diagnostik sie haben möchten und welche nicht. Das ist bislang nicht der Fall.

Dazu kommt, dass ein Kind mit Behinderung unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen ein Armutsrisiko für Frauen darstellt. Die Tatsache, dass Frauen immer noch die Hauptverantwortung für Kinder tragen, die Familie häufig keine verlässliche soziale Absicherung mehr bietet und die sozialen Leistungen mehr und mehr abgebaut werden, verschärfen dieses Armutsrisiko. Dadurch entsteht ein gesellschaftlicher Druck auf Frauen, die Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen, der die Möglichkeit wirklich selbstbestimmt darüber zu entscheiden, unterläuft.

Darüber hinaus trägt die vermeintliche Vermeidbarkeit von chronischen Krankheiten und Behinderungen durch die Pränataldiagnostik zu einer Individualisierung der Verantwortung auf der Seite der Frau/Eltern und zur Legitimation der zunehmenden Entsolidarisierung der Gesellschaft von chronisch Kranken, Behinderten und deren Familien bei.

4.2. In-vitro-Fertilisation

Die In-vitro-Fertilisation wird Frauen in Deutschland nach einem Jahr unerfülltem Kinderwunsch angeboten. Drei Behandlungszyklen werden von den Krankenkassen bezahlt, was einem Anteil von 10% am Gesamtbudget der Frauenheilkunde entspricht. Die Erfolgsraten sind nach wie vor gering (in Deutschland aktuell 13,6% "baby take home rate").

Die gesundheitlichen Risiken für die Frau durch die Hormonbehandlung (mögliches Krebsrisiko, 3-5% Hyperstimulationssyndrom) und für Frau und Kinder durch die hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften (ca 24 % Zwillings- und ca. 4 % Drillingsgeburten) sind hoch. Diese Probleme der In-vitro-Fertilisation werden in der Öffentlichkeit unzureichend wahrgenommen.

Alternative Verfahren, wie naturheilkundliche, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen des unerfüllten Kinderwunsches werden trotz geringeren gesundheitlichen Belastungen für die Frau und teilweise vergleichbaren Erfolgsraten nicht selbstverständlich angeboten und nur teilweise von den Kassen bezahlt.

Die Praxis der In-vitro-Fertilisation zeigt, dass nicht das psychische Leiden an der unerfüllten Kinderlosigkeit, das erfolgreich therapeutisch durch die Erschließung alternativer Optionen für die Lebensplanung der Frau bzw. des Paares behandelt werden kann, sondern in erster Linie die Kinderlosigkeit als solche als "Krankheit" verstanden wird. Darin spiegelt sich ein überkommenes Frauenbild, welches die Frau auf die Mutterschaft als gesellschaftliche Norm festlegt und gesellschaftliche Zwänge für kinderlose Frauen erzeugt.

Frauen sind aber aus unterschiedlichen Gründen gewollt oder ungewollt kinderlos - weil sie für sich andere Lebensschwerpunkte setzen, weil sie keinen festen (männlichen) Partner haben, weil der Partner kein Kind will, weil die In-vitro-Fertilisation nicht erfolgreich war oder auch weil sie behindert oder krank sind. Aus frauenpolitischer Perspektive müssen daher die unterschiedlichen Lebensentwürfe von Frauen gleichermaßen anerkannt werden. Für die eine Frau ist die In-vitro-Fertilisation für die andere Frau die Entwicklung alternativer Pläne für ihr Leben die beste Lösung. Daher sollte das Leiden an der unerfüllten Kinderlosigkeit - und nicht die Kinderlosigkeit als solche - Grundlage für medizinische Angebote ist.

4.3. Präimplantationsdiagnostik

Die Präimplantationsdiagnostik, die Eizellspende und die Forschung mit menschlichen Embryonen war in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz von 1990 verboten. Schon bald aber fand eine intensive und ausgesprochen kontroverse Diskussion statt, in der von ärztlicher, wissenschaftlicher und politischer Seite viele Stimmen eine gesetzliche Lockerung forderten, um zukünftig Präimplantationsdiagnostik und Embryonale Stammzellforschung zu ermöglichen. In der Diskussion wurde ein erheblicher Druck durch den Verweis auf liberalere Regelungen in den europäischen Nachbarländern erzeugt. Seit der Entscheidung im Bundestag vom 7. Juli 2011 ist die umstrittene Präimplantationsdiagnostik nun eingeschränkt erlaubt.

Mit der Präimplantationsdiagnostik erhält die vorgeburtliche "Selektion" eine neue Qualität. Frauen, die eigentlich fruchtbar sind, müssen sich für das Verfahren einer In-vitro-Fertilisation mit allen oben genannten Belastungen unterziehen. Dazu kommt die Unzuverlässigkeit der Gendiagnostik (7 - 36 % falsch positive Befunde laut Literatur). Dass der Frau ein Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik oder das Leben mit einem kranken Kind erspart bleibt, kann also nicht garantiert werden. Die Präimplantationsdiagnostik kann also nicht als bessere Alternative gegenüber der Pränataldiagnostik angesehen werden, sondern beide Verfahren sind hochproblematisch für die individuell betroffene Frau wie für die Gesellschaft als solche.

In der öffentlichen Diskussion werden die Probleme der Präimplantationsdiagnostik aber bagatellisiert. Alternativen, wie der bewusste Verzicht auf eigene Kinder, Adoption, Pflegschaft oder die heterologe Insemination werden kaum berücksichtigt. Die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik und der In-vitro-Fertilisation zeigen, dass die betroffenen Paare häufig unrealistische Vorstellung über Erfolgsaussichten und Risiken der Verfahren haben. Das kann an Fehlinformationen durch die Medien und an unzureichender Beratung bzw. Aufklärung durch die behandelnden Ärzte liegen. Es ist daher auch für die Präimplantationsdiagnostik zu befürchten, dass der gesellschaftliche und institutionelle Kontext einer wirklich informierten Wahl (informed choice) der Frau entgegensteht.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass der gesellschaftliche Druck auf die Frau, nur

gesunde Kinder zu gebären, durch die vermeintlich unproblematischere Möglichkeit, ein chronisch krankes oder behindertes Kind zu vermeiden, steigt. Darüber hinaus ist mit einer zunehmenden Stigmatisierung von Behinderten und ihren Familien zu rechnen.

4.4. Embryonale Stammzellforschung

In der öffentlichen Diskussion werden Heilungsaussichten durch die embryonale Stammzellforschung versprochen, die keineswegs wissenschaftlich begründet sind. Es ist vollkommen ungeklärt, für wen die Therapien, falls sie je entwickelt werden, in einer Zeit eines immer größeren Kostendrucks auf die Gesundheitssystem zur Verfügung stehen werden.

In der Diskussion wird in der Regel unterstellt, die Rohstoffe "Eizelle" und "Embryo" für die embryonale Stammzellforschung seien einfach so "in der Welt". Die Verfügbarkeit dieser Ressourcen setzt aber voraus, dass sich Frauen der In-vitro-Fertilisation unterziehen. Es ist zu befürchten, dass die Achtung der Rechte dieser Frauen zusätzlich gefährdet ist, wenn fremdnützige Interessen in der Fortpflanzungsmedizin eine Rolle spielen. Besonders für das sogenannte therapeutische Klonen wäre eine erhebliche Zahl an Eizellen notwendig, die Frauen "spenden" müssten. Heute schon sind Eizellen für andere unfruchtbare Frauen, dort wo die Eizellspende erlaubt ist, Mangelware. Es müssten Anreizsysteme für die "Eizellspende" etabliert werden, um genügend "Rohstoffe" zu gewinnen. Die Eizellentnahme ist aber eine invasive und für die Frau risikoreiche Prozedur, die aus frauenpolitischer Sicht für fremdnützige Zwecke nicht legitim ist. Frauen werden in der embryonalen Stammzellforschung zu "Rohstofflieferantinnen" für fremdnützige Zwecke degradiert.

Daher ist für die europäische Forschungspolitik zu fordern, dass die Folgen der biomedizinischen Forschung für einzelne Frauen wie für die Stellung der Frau in der Gesellschaft zukünftig grundsätzlich bei der Entscheidung über Forschungsschwerpunkte berücksichtigt werden müssen.