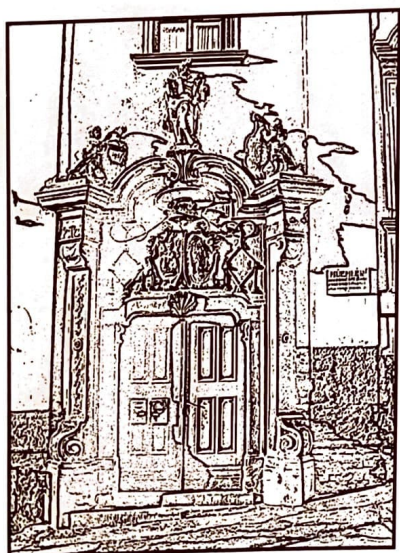


Gusztáv Kovács (Hrsg.)

FÜR EINE KULTUR
DES LEBENS



2010

PHF
10

Aufgelegt von:
Pécsi Püspöki Hittudományi Főiskola
H-7621 Pécs, Papnövelde utca 1-3.
www.pphf.hu



Der Sammelband beinhaltet Vorträge der internationalen Konferenz an der
Theologischen Hochschule Pécs von 15. Oktober 2009.

Wir danken für die finanzielle Unterstützung von RENOVABIS.

ISBN 978-963-87435-8-9

Herausgeber: Gusztáv Kovács
Technisch bearbeitet von: Lázár Vértesi
Verleger: Zsolt Czeglányi

INHALT

Slavomir DLUGOŠ	Für eine Kultur des Lebens	6
Sigrid MÜLLER	„Bioethik: ein Panorama dringlicher Fragen, die uns alle betreffen, ob wir es wollen oder nicht“	8
Günter VIRT	End of life decisions	18
Imre SZEBIK	Decisions at the end of life	27
Katica KNEZOVIC	Grüne Gentechnik	30
Angelika WALSER	Die andere Stimme: Frauen und Bioethik	41
Gusztáv KOVÁCS	Die Chancen der „anderen Stimme“ in Ungarn	58

FÜR EINE KULTUR DES LEBENS

Mit Ende der totalitären Regime in den Ländern Mittel- und Osteuropas haben sich für Theologen neue Möglichkeiten der Forschung eröffnet. Die Wende hat vor allem „einen Freiraum geschaffen, um Inhalte national, aber auch international frei zu diskutieren.“¹ Heute, zwanzig Jahre nach diesen Ereignissen, ist der geeignete Zeitpunkt, eine erste Bilanz zu ziehen und neue Akzente für die zukünftige, grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu setzen. Im Bereich der Ethik des Lebens ist diese Aufgabe umso dringlicher, weil die komplexen bioethischen Fragen nicht nur jeden Einzelnen, sondern die gesamte Gesellschaft betreffen und die jeweiligen Landesgrenzen überschreiten.

Besonders die junge Generation der Theologinnen und Theologen ist in höchstem Maße herausgefordert die Grenzen der eigenen theologischen Tradition, der eigenen Sprache und des eigenen Denkens zu überschreiten und in die gemeinsame Suche nach einer vernünftigen und zeitgemäßen Argumentation für eine Kultur des Lebens einzutreten.

In diesem Sinne wurde am Institut für Moraltheologie, an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien, unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Sigrig Müller, das mitteleuropäische Netzwerk von Moraltheologen und Bioethikern aufgebaut. Das erste Mal haben sich die an diesem Thema interessierten Moraltheologen mit Spezialisierung auf Bioethik bei einem internationalen Symposium, vom 05. bis 07. Februar 2008, in Laab im Walde bei Wien getroffen. Das Ziel dieses Symposiums war ein Austausch über die Situation der Bioethik in verschiedenen Ländern und die Frage nach ihrer europäischen Dimension. Bei der darauffolgenden Tagung, die vom 11. bis 12. November 2008 in Wien stattfand, wurde nach eingehender Diskussion die Gründung eines Vereins beschlossen. Die letzte Tagung unter dem Motto „Bioethicists in Central Europe“ wurde vom 13. bis 14. November 2009 in Košice (Ostslowakei) abgehalten. Bei dieser Tagung wurde der neue Verein mit dem offiziellen Namen „Association of Bioethicists in Central Europe (BCE). Verein zur Förderung des

¹ Müller, Sigrig u.a.: Plädoyer für eine diskursoffene Moraltheologie, in: Reikerstorfer, Johann/Jäggle, Martin (Hrsg.): Vorwärtserinnerungen 625 Jahre Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien. Göttingen, 2009.

internationalen wissenschaftlichen Dialogs im Bereich der Bioethik.“ gegründet. Mit dem Erhalt der behördlichen Einladung zur Aufnahme der Vereinstätigkeit am 30.11.2009 gilt der Verein als offiziell bestätigt.

BCE umfasst mittlerweile Bioethiker aus zehn Ländern (Slowenien, Kroatien, Mazedonien, Ungarn, Rumänien, Ukraine, Polen, Slowakei, Tschechien und Österreich) und versteht sich als ein gemeinnütziger Verein, der den gemeinsamen wissenschaftlichen Austausch zwischen theologischen und philosophischen Ethikern, Naturwissenschaftlern und Medizinern fördert. Zu den wichtigen Anliegen des Vereins zählt die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Derzeit wird an der Einrichtung eines Austausch- und Stipendienprogramms innerhalb von CEEPUS² gearbeitet, das die akademische Mobilität (von Studierenden, graduierten Studierenden und Universitätslehrenden) begünstigen soll. Ein langfristiges Ziel des Vereins ist der Aufbau eines Referenzzentrums für Bioethik in Mitteleuropa inklusive Datenbank, in der alle einschlägigen Publikationen registriert, mit Schlagworten versehen und öffentlich zugänglich gemacht werden sollen.

Darüber hinaus wird der gegenseitige Austausch auch dadurch gefördert, dass die Mitglieder an andere Fakultäten zu Gastvorlesungen, -vorträgen oder -seminaren eingeladen werden. So war BCE vom 08. bis 10. Mai 2009 an der Organisation des Europasymposiums „Lebensfragen. Bioethik – Herausforderung für Christinnen und Christen“, in Spišská Kapitula (Ostslowakei) beteiligt. Eine weitere Veranstaltung aus dieser Reihe war die Konferenz „Für eine Kultur des Lebens“, an der theologischen Hochschule Pécs am 15. 10. 2009. Die Hochschule Pécs hatte Professoren aus drei Universitäten (Wien, Zagreb, Budapest) zu Gast. Nach der erfolgreichen Konferenz wurde beschlossen, die Vorträge und Koreferate zweisprachig zu publizieren, um so eine breitere Leserschaft für die Herausforderungen der heutigen Zeit im Bereich der Bioethik zu sensibilisieren.

Von Seiten des BCE gebührt besonderer Dank dem Mitorganisator dieser Konferenz, Dr. Gusztáv Kovács, der sich seit seiner Dissertationszeit in Wien um eine internationale Vernetzung der Theologie bemüht, sowie auch dem Rektor der Hochschule in Pécs für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Organisation.

Slavomir Dluhoš

² Central European Exchange Program for University Studies. Vgl.: www.ceepus.info.

BIOETHIK: EIN PANORAMA DRINGLICHER FRAGEN, DIE UNS ALLE BETREFFEN, OB WIR ES WOLLEN ODER NICHT

1. Zugang

„Lebensfragen“ als Zugang zur Bioethik

Den Zugang zum Thema der Bioethik unter das Leitwort „Lebensfragen“ zu stellen, trägt in sich einen doppelten Zugang. Zum einen beeinhaltet „Lebensfragen“ konkrete Fragen im Umgang mit dem Leben: Wie gehen wir in prekären Situationen, z.B. in kritischen Fällen auf der Intensivstation eines Krankenhauses mit dem Leben der betroffenen Menschen um? Zum anderen betreffen sie aber auch Fragen, die das Leben an uns stellt: Welche grundsätzlichen Fragen drängen sich uns auf, wenn wir in prekäre Situationen geraten, etwa: Hat mein Leben bislang einen Sinn gehabt?

Bioethik – eine Herausforderung für Christinnen und Christen

Der Untertitel der Tagung: „Bioethik – Herausforderung für Christinnen und Christen“ wiederum macht deutlich, dass die ethischen Probleme, die mit dem Begriff der Bioethik verbunden werden, zumindest eine doppelte Herausforderung an uns stellen. In Bezug auf die Tradition zeichnen sich oft Widersprüche ab zwischen manchen neuen Entwicklungen in der Bioethik und dem, was in der christlichen Tradition und Kultur für richtig befunden und gelebt wird. In Bezug auf Begründungsfragen gibt es eine ständige Herausforderung, weil sich von der Tradition unberührte neue ethische Problemlagen ergeben, die durch die rasant fortschreitende technische Entwicklung bedingt sind. Diese Entwicklungen verändern nicht nur unseren Umgang mit dem Leben, sondern auch unsere Einstellung zum Leben. Für diese neu auftauchenden ethischen Problemlagen sind Christinnen und Christen gerufen, auf dem Hintergrund ihres Zugangs zu den „Lebensfragen“ aus dem Glauben im Dialog mit den ganz konkreten Rahmenbedingungen Wege und Lösungsmöglichkeiten aufzuspüren, die dem Geist des Evangeliums entsprechen.

2. Was ist Bioethik?

In der Bezeichnung Bioethik stecken zwei Begriffe: Bio- (von dem griechischen Wort bios, Leben) und Ethik (ebenfalls ein Lehnwort aus dem Griechischen, das in unsere Sprache eingegangen ist). Spricht man von Bioethik, so sind damit zwei grundlegende Fragen verknüpft: Was ist Leben, und was ist Ethik?

2.1 Dimensionen des Lebensbegriffs

Dimensionen des Lebensbegriffs in der Antike

In der griechischen Antike werden zwei unterschiedliche Worte verwendet für das, was im Lateinischen (vita) und im Deutschen (Leben) in nur einem Wort zusammengefasst ist und erst im Nachhinein ausdifferenziert werden muss. Die individuell-praktische Dimension des Lebens, welche sich auf Lebensdauer, Lebensart, d.h. nur das spezifisch menschliche und damit also das vernunftgemäße Leben bezieht, wird im Griechischen mit dem Wort „bios“ bezeichnet. Einen Anklang daran birgt das deutsche Lehnwort „Biografie“.

Die zweite im Griechischen hervorgehobene Bedeutung von Leben ist das naturphilosophische Verständnis des Lebens. Hier geht es um die Tatsache des Lebens, des Lebendigen selbst, und zwar alles Lebendigen, also auch der Tiere und Pflanzen und der damals als lebendig angesehenen Kometen. Es geht somit um die Grundfrage „Was ist Leben, was ist das Lebendige?“ Für diesen Aspekt wurde das griechische Wort „zoë“ gebraucht.

In der griechischen Philosophie wurde der Begriff des Lebens auch mit dem Begriff des Glücks in Verbindung gebracht. Glück konnte für den Menschen mit einem geistigen Leben identifiziert werden. Glück, ja Glückseligkeit, ist das Leben, das der wahren Natur des Menschen entspricht, also das bewusste, reflektierte, das weise Leben eines Menschen, der sich in Kontemplation und Aktion der Vernunft angleicht. Das wahre Leben ist das Leben des Geistes.

Dimensionen des biblischen Lebensbegriffs

Der zentrale Aspekt einer alttestamentlichen Sicht des Lebens ist das irdische Lebensglück. Überwiegend das diesseitige, irdisch-leibliche Leben

in Gesundheit und Glück wurde mit Leben bezeichnet (hebr. hajjim), Krankheit und Elend waren schon der Tod. Ein zweiter, davon nicht zu trennender Gesichtspunkt ist: Leben heißt immer Beziehung zu Gott: Gott schenkt ein langes und erfülltes Leben, wenn der Mensch in Gerechtigkeit, d.h. in Übereinstimmung mit Gottes Geboten lebt.

Diese Dimension der Gottesnähe ist das zentrale Moment des neutestamentlichen Lebensverständnisses. Leben und Tod bezeichnen keinen biologischen Sachverhalt, sondern die Dimension der Gottesnähe oder -ferne im Leben. Leben heißt, in Beziehung zu Gott zu stehen (Relationsbegriff): Weil Christus Gott ist, hat er das Leben in sich und wird für die Menschen zum Leben: Wer an ihn glaubt, hat ewiges, d.h. von Gott geschenktes, letztgültiges Leben. Ein zentrales Zeugnis dafür ist Joh 10,10: „Ich bin gekommen, damit sie das Leben haben und es in Fülle haben“.

Im Vergleich zur Antike hebt die biblische Tradition also das ganzheitliche Lebensverständnis hervor, d.h. der biblische Lebensbegriff umfasst das gesamte irdische Leben und Wohlergehen, nicht nur das geistige Leben. Wahres Leben bedeutet für den Menschen in gläubiger Beziehung zu Gott zu stehen.

Zum anderen wird in der christlichen Tradition spätestens seit dem Mittelalter der Begriff des Lebens gegenüber der Antike auch in dem Sinn aufgewertet, dass Gott als Leben bezeichnet wird. In der platonischen und neuplatonischen Tradition wurde das höchste Sein mit der ursprünglichen Vernunft und mit Ruhe gleichgesetzt, aus der erst in zweiter Linie dann das Leben hervorgeht. Es hatte daher etwas Nachrangiges gegenüber dem reinen Geist. Diese Abwertung wird im Christentum aufgehoben, indem man von Gott als dem Leben spricht. Das Leben kommt von Gott, und Gott ist selbst Leben.

Zentrale Momente des naturwissenschaftlichen Begriffs des Lebens

Die Verwendung empirischer Methoden in den modernen Naturwissenschaften hat zu einer Hervorhebung eines instrumentellen Zugangs zum Leben geführt und damit unser Alltagsverständnis beeinflusst. Philosophische Überlegungen (Wann ist etwas als Leben zu bezeichnen?) werden vom naturwissenschaftlichen Begriff nicht umfasst. Ganzheitliche Aspekte (Lebensführung, religiöse Dimensionen) sind methodisch ebenso wenig relevant. Es überwiegt das biotechnologische Paradigma: Leben ist

ein nicht weiter zu reflektierendes Faktum, eine mit naturwissenschaftlichen Methoden beobachtbare und mit technischen Mitteln beeinflussbare Gegebenheit.

2.2 Ethik

Philosophische Ethik

Seit Aristoteles bezeichnet Ethik ein methodisch reflektiertes Nachdenken über menschliches Handeln und menschliche Haltungen im Hinblick auf die Differenz von Gut und Böse und über das Ziel menschlicher Tätigkeit im Hinblick auf das Glücken und die Glückseligkeit des Menschen. Im Gegensatz zu einer Alltagsmoral geht es um eine wissenschaftlich nachvollziehbare Darlegung der Gründe. Die Perspektive ist im Gegensatz zu einer rein soziologisch-beobachtenden eine moralische und normative, d.h. sie zielt auf eine Bewertung unter der Differenz von Gut und Böse. Ihr Thema ist im Gegensatz zur Metaphysik oder Dogmatik der praktische Selbstvollzug des Menschen, Glück, Glücken und Glückseligkeit des Menschen.

Die Perspektive der Theologischen Ethik/Moraltheologie

Wie jede Form von Ethik, so hat auch die theologische Ethik/Moraltheologie ihre Prämissen. Wichtig ist erstens die hermeneutische Prämisse: Theologische Ethik/Moraltheologie betrachtet Gut und Böse von Handlungen und Haltungen sowie das Ziel menschlicher Tätigkeiten grundsätzlich auf dem Hintergrund des Glaubens, wie er in Bibel und Tradition überliefert ist und theologisch reflektiert wird. Zweitens gibt es eine normative Prämisse in der theologischen Ethik/Moraltheologie: Sie betrachtet die sittliche Lebensgestaltung des Menschen und die Ziele seiner Handlungen im Hinblick auf den „von Christus eröffneten Weg zur definitiven Gemeinschaft mit dem dreieinen Gott“ (Virt). Das Ziel des menschlichen Handelns gewinnt seine Ausrichtung von der im Glauben ermöglichten Sinnerspektive.

2.3 Konsequenzen für die Bioethik aus christlicher Sicht

Christinnen und Christen, die sich in der Bioethik engagieren, argumentieren von einem christlichen Grundverständnis her, das von den o.g. hermeneutischen und von normativen Prämissen bei der Reflexion über den Umgang mit dem irdischen Leben ausgeht. Zusammenfassend formuliert diese Zusammenhänge Johannes Paul II folgendermaßen: „Das Evangelium von der Liebe Gottes zum Menschen, das Evangelium von der Würde der Person und das Evangelium vom Leben sind ein einziges, unteilbares Evangelium“ (Evangelium Vitae 2).

Dieses christliche Grundverständnis ist eine erste Ausgangsposition für die Suche nach Kriterien und Lösungen in bioethischen Fragen. Eine weitere unhintergehbare und charakteristische Ausgangsposition sind jedoch die strukturellen Rahmenbedingungen für die Lösung der bioethischen Probleme. Hier geht es um Kenntnis, Beachtung und Gestaltung von rechtlichen Rahmenbedingungen, die Freiräume eröffnen oder Engführungen darstellen können, und dies auf nationaler wie internationaler Ebene. Darüber hinaus sind die Bedingungen des geltenden Wirtschaftssystems zu beachten, das im Kapitalismus mit seiner Gewinnorientierung sowohl zum Vorteil gereichen kann als auch in seiner Begrenzbarkeit reflektiert werden muss. Schließlich geht es darum, dem wissenschaftlichen Forscherdrang, d.h. der Freiheit der Forschung den angemessenen Raum zu gewähren, ebenso sind politische Zielvorgaben in kritischer Weise zu bedenken.

In bioethische Überlegungen gehen über die strukturellen auch konkrete Rahmenbedingungen für das Handeln von Menschen mit ein, die ebenso zur Komplexität des Themas beitragen: finanzielle Möglichkeiten oder Engpässe, menschliche Ressourcen oder Grenzen der Belastbarkeit, grundsätzlich divergierende Einsichten über den Menschen und sein Lebensziel.

2.4 Fazit: Was ist Bioethik aus christlicher Sicht?

Bioethik ist eine Reflexion darüber, wie Menschen in den durch die Entwicklungen der modernen Technologien hervorgerufenen neuen Situationen, in denen das Leben einzelner Menschen oder der Menschheit insgesamt auf dem Spiel steht, angemessen handeln sollen. Das christliche Grundverständnis von der Liebe Gottes zum Menschen, der Würde der Person und der Wertschätzung des Lebens ist dabei der Ausgangspunkt, von dem aus in den komplexen strukturellen und persönlichen Rahmenbedingungen die richtigen Kriterien und der je bestmögliche konkrete Lösungsweg gefunden werden können.

3. Was hat Bioethik mit uns zu tun?

Zur Beantwortung der Frage nach der Betroffenheit und dem daraus möglicherweise resultierenden Engagement in bioethischen Fragen könnte man zunächst auf die rein faktische Ebene der konkreten Lebensbedingungen verweisen: Bioethik hat mit uns zu tun, weil die von der Bioethik bedachten Entwicklungen in unserer Gesellschaft, in unserem Gesundheitssystem, in der Forschung unser Leben tatsächlich prägen und bestimmen und Handlungsspielräume eröffnen oder sie verhindern. In diesem Sinne ginge es um die Frage, ob man die eigenen Lebensbedingungen selbst mitgestalten möchte oder deren Gestaltung einfach anderen Menschen überlässt.

Ein zweiter Zugang zur Bioethik zeigt sich jedoch auf einer existentiell-anthropologischen Ebene: Bioethik hat mit uns zu tun, weil jedes bioethische Problem verknüpft ist mit ganz fundamentalen menschlichen Fragen, die jede und jeder von uns sich im Leben früher oder später stellt und deren Antwort über uns selbst und unser Leben entscheidet. Solche fundamentalen Fragen sind: Wo komme ich her? Wer oder was ist der Mensch? Was kann und was darf ich tun? Wer bin ich und wer will ich sein? Wohin will ich gehen? Wer sich mit bioethischen Fragen auseinandersetzt wird auf grundlegende Fragen zur eigenen Lebenshaltung verwiesen.

Die Verbindung von normativ-praktischen Fragen mit existentiell-anthropologischen Fragen ist daher ein Kennzeichen der Bioethik. So impliziert sie beispielsweise die Frage „Wie kann/soll man Gesetze über den Anbau von genverändertem Raps richtig formulieren?“ die Frage nach

dem Schutz der Ernährung und damit des Lebens von Menschen in allen Erdteilen und nach einer Abwägung von Prioritäten zwischen Forschungsinteressen, marktwirtschaftlichen Interessen und Sinnvorstellungen von gutem und gelingendem Leben.

4. Felder der Bioethik

Im Folgenden werden exemplarisch einige Felder der Bioethik benannt und ebenso exemplarisch ein paar grundlegende Fragen, die in diesen Feldern implizit zur Diskussion stehen.

Forschungsethik

In der Forschungsethik stellt sich z.B. die konkrete Frage: „Soll Forschung an Embryonen gesetzlich erlaubt werden, um neue Formen des Lebens zu schaffen oder die Entwicklung von Medikamenten zu erleichtern?“ Fundamentale Fragen, die sich hier stellen, sind „Was ist Leben? Lässt sich sagen, wann das Leben beginnt? Warum ist menschliches Leben so wertvoll?“

Auf dem Hintergrund einer christlichen Anthropologie können dann philosophische Argumentationen greifen, die darauf aufmerksam machen, dass Menschen das Leben nicht an sich schaffen, sondern nur weitergeben, verändern oder manipulieren können. Auf dem christlichen Hintergrund lässt sich auch die philosophische Argumentation aufgreifen, dass der Mensch einzigartig ist in seiner Fähigkeit der Reflexion über sich selbst und – aus theologischer Sicht –, weil er als einziges Lebewesen seine Beziehung zu Gott reflektieren und sie in bewusster Zuwendung beantworten kann. Aus dieser Sonderstellung des Menschen leitet sich u.a. her, dass er vor allen anderen Lebewesen schützenswert ist.

Reproduktionstechnik

In der Reproduktionstechnik stellt sich beispielsweise die konkrete Frage „Darf man Menschen zu einer In-Vitro-Fertilisation verpflichten, damit man Embryonen selektieren und dadurch in einer Gesellschaft Erbkrankheiten ausmerzen kann?“ Diese konkrete Frage verweist auf die fundamentale Frage, wer der Mensch überhaupt sei. Die im Glauben reflektierte Erfahrung des Menschen ist es, dass zum Menschen als unlösbares Merkmal seine Begrenztheit gehört. Er ist nicht vollkommen und allmächtig, er ist nicht „Gott“, sondern eben „Mensch“. Aus dieser Einsicht lässt sich eine kritische Haltung an der leitenden Motivation dieser

Forschungsfrage entwickeln: Obwohl der Mensch auf Zukunft hin Krankheits- und Unheilszustände lindern kann und soll, kann eine Vorstellung von einem perfekten „Paradies auf Erden“ als Handlungsziel zu Unmenschlichkeit führen.

Einen ähnlichen Einwand gegen perfektionistische Tendenzen kann man im Kontext der Weitergabe des menschlichen Lebens formulieren. Diese liegt nämlich nur im Sinne einer Mitwirkung und nicht im Sinne einer Ursächlichkeit in der Hand des Menschen. Neues Menschenleben hat also immer auch den Charakter eines Geschenkes. Von daher lässt sich eine kritische Haltung gegenüber einem staatlichen Selektionsdruck formulieren. Es darf keine gesetzlichen Sanktionen geben, wenn man das Geschenk eines Kindes annimmt und eine Selektion aus eugenischen Gründen ablehnt.

In ähnlich tief greifender Weise kann Kritik an der Verwendung von menschlichen Embryonen als „Labormaterial“ geäußert werden: Dies führt, wie die Instruktion Dignitatis Personae formuliert, zu einer „Veränderung und Diskriminierung auch bezüglich des Begriffs der Menschenwürde. Die Würde kommt jedem einzelnen Menschen in gleicher Weise zu“ (Dignitatis Personae 22).

Medizintechnik

In der Medizintechnik kann eine konkrete Frage sein: „Ist man immer verpflichtet eine Operation durchführen, wenn das möglich ist?“ oder „Muss man den Menschen verbessern, damit er leistungsfähiger oder älter wird?“ Beim Nachdenken dar über stößt man auf fundamentale Fragestellungen wie „Wie verhält sich das, was ich tun kann, zu dem, was ich tun darf?“ Können und Dürfen sind zwei Pole des Menschen aus biblischer Sicht, wie es unter anderem aus der Erzählung über die Vertreibung aus dem Paradies hervorgeht. Menschen haben einen Wissensdurst und herausragende Fähigkeiten, die sie auch entfalten möchten; zugleich aber tragen sie aufgrund ihres Wissens über Gut und Böse auch die Last der Verantwortung. Dadurch kann das Machbare nicht schon aufgrund der Machbarkeit gerechtfertigt werden; das Mögliche muss nach seiner Sinnhaftigkeit befragt werden. Stellt sich das Mögliche in einem konkreten Fall als sinnwidrig dar, als ethisch fragwürdig, so kann es in einem solchen

Fall durchaus auch die Pflicht zur Selbstbeschränkung aus ethischen Gründen geben.

Fragen am Lebensende

Eine konkrete Frage wie „Soll Euthanasie gesetzlich erlaubt sein?“ führt zu fundamentalen Fragen wie „Wer bin ich und wer will ich sein? Welchen Sinn hat mein Leben?“ Die Endlichkeit der irdischen Lebenszeit auf der einen Seite verweist auf die Bedeutung des Lebens; auf der anderen Seite macht die eschatologische Dimension der Gegenwart, die aus den neutestamentlichen Texten hervorgeht, auf die weit reichende Bedeutung jedes Tages aufmerksam. Diese anthropologische Prämisse führt in ihrer theologischen Akzentuierung zur Frage nach der Ernsthaftigkeit der Lebensführung als Voraussetzung für den rechten Umgang mit dem eigenen Sterben und Tod. Aus der Einsicht in die Bedeutung des Lebens als eines Weges, den Menschen mit Gott gehen, kann auch ein Leben mit Einschränkungen durch Alter und Krankheit als sinnvoll erlebt werden.

Grüne Gentechnik

Konkrete Fragen wie „Soll in der EU bzw. in unserem Land genveränderter Raps oder Mais angebaut werden? Müssen Lebensmittel gekennzeichnet werden, wenn ihre Bestandteile gentechnisch manipuliert sind?“ verweisen uns auf fundamentale Fragen wie „Was ist unsere Zukunft? Wohin wollen wir gehen?“ Wir können aus Gottes Heilsversprechen, das allen Menschen gilt, als Kriterium gewinnen, dass die Zukunft, die wir bedenken müssen, die Zukunft aller Menschen sein muss und daher die philosophische Argumentation universaler Perspektiven ethischen Handelns unterstützen. Aus dieser Perspektive ergeben sich auch Prinzipien für die Abwägung von Kriterien: Sicherheitsbestimmungen haben, soweit sie diese gemeinsame Zukunft sichern, Vorrang vor ökonomischen Interessen, die diese gefährden.

5. Schlussgedanken: Die Bedeutung des Engagements von Christinnen und Christen in der Bioethik

Die Reflexion der eigenen Grundhaltungen zum Leben kann beim bioethischen Gespräch helfen, die wichtigen Punkte, die in Frage stehen, zu erkennen. Solche Grundhaltungen können, wie bereits zu Anfang bemerkt wurde, die konkrete Arbeit an den bioethischen Fragen und ihren

möglichen Lösungsansätzen nicht ersetzen. Sie können aber das Gespräch und das Ringen um die richtigen Antworten fördern, begleiten und leiten. Aus diesen Grundhaltungen können etwa ethische Kriterien und Prinzipien entwickelt werden, die es zu beachten gilt. Erst im Zusammenspiel solcher Perspektiven und Prinzipien mit Sachinformationen und Kenntnissen der institutionellen und konkreten Rahmenbedingungen lassen sich konkrete Handlungsoptionen erkennen und dann im Sinne einer guten Zukunft gegeneinander abwägen.

Das Engagement von Christinnen und Christen in der Bioethik ist wichtig, damit ein christliches Verständnis vom gelingenden Leben auch im Rahmen der neuen Techniken und Technologien, die sich immer weiterentwickeln, Raum hat und es dadurch möglich wird, eine „neue Kultur des Lebens zu fördern“ (Dignitatis Personae 37). Diese „Kultur des Lebens“ kann durch eine Reihe von Grundhaltungen konkretisiert werden, die sich lohnen einzuüben und weiterzuentwickeln. Sie werden hier in Anlehnung an die Instruktion mit dem etwas weit reichenden Begriff der „Zivilisation“ bezeichnet. Anzustreben sind:

1. eine Zivilisation der Wahrheit im Umgang mit neuen biotechnologischen Möglichkeiten. Dies bedeutet, echte Chancen für die Menschheit zu prüfen und auch anzuerkennen, wo sie bestehen, und ebenso ehrlich die möglichen Gefahren zu benennen.
2. eine Zivilisation der Liebe in der Nutzung neuer biotechnologischer Möglichkeiten: das besagt, das irdische Leben mit modernen Technologien verteidigen, aber dies immer unter dem Aspekt der nicht aufhebbaren Endlichkeit des Menschen und der Solidarität mit allen Menschen einer Gesellschaft tun
3. eine Zivilisation der Hoffnung: dies bedeutet, technische Entwicklungen so zu gestalten, dass Gerechtigkeit gewahrt und Leben weltweit gefördert wird
4. eine Zivilisation des Glaubens: d.h. bei allen konkreten Entscheidungen gilt es, mehrere Dimensionen des Lebens zu bedenken, von der Sicht eines weiten Lebensbegriffs die konkrete Situation zu betrachten und darauf zu achten, dass Raum bleibt für ein Leben in Fülle, für ein Leben aus der lebendigen Beziehung zu Gott.

END OF LIFE DECISIONS

Warum wird sich der Europarat in nächster Zeit mit diesem Thema in Symposien und vielleicht auch in einem neuen Dokument befassen?

In unseren Gesellschaften werden in vielen Ländern die Menschen immer älter; chronische Krankheiten nehmen zu und in der letzten Lebensphase ziehen sich Sterbeprozesse oft lange hin. Die Fortschritte der Medizin, für die wir alle dankbar sind, bieten immer mehr lebenserhaltende Behandlungen an, wo die Menschen früher gestorben sind. Welche Behandlungsmöglichkeiten sind noch sinnvoll und erwünscht? Wer entscheidet: der Arzt? Die Angehörigen? Der Patient? Gibt es medizinische Kriterien dafür, welche Behandlungsmöglichkeiten gewählt und welche unterlassen werden? Oder befinden wir uns bereits irreversibel auf dem Weg zu einer bloß wunscherfüllenden Medizin, bei der medizinische Indikationen nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen?

Der Anspruch der Menschen, autonom selbst zu bestimmen, wird mit immer größerem Pathos vorgetragen und überdeckt bisweilen die medizinische und pflegerische Sorgepflicht. Max Frisch hat in seinem Tagebuch 1966-1971 diese Befindlichkeit in die Worte gefasst: „Wir regeln den Eintritt in das Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt regeln.“ Allenthalben wird der Ruf nach Euthanasie und nach Beihilfe zum Suizid auf Wunsch laut und Umfragen zeigen zunehmende Akzeptanz.

In dieser Situation fand 1998 die Vizepräsidentin der Europarates - die österreichische Parlamentsabgeordnete Frau Edeltraud Gatterer - eine noch nicht unterzeichneten Antrag vor, dessen erster Satz bereits die Tendenz des Dokuments verriet: „to justify to hasten death“. Es sollte also für alle mittlerweile 47 Mitgliedsstaaten des Europarates mit Sitz in Straßburg eine gesetzliche Regelung empfohlen werden, wie sie in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg derzeit in Kraft ist: Unter gewissen so genannten

„Sorgfaltsbedingungen“ ist es Ärzten in diesen Ländern erlaubt, Patienten auf deren Wunsch hin direkt und unmittelbar zu töten.

Frau Gatterer sah die Gefahr und nahm sich selbst des Themas an. Sie bat mich um die Ausarbeitung eines einschlägigen Dokumentes. Eine Woche später hatte ich den brieflichen Auftrag des Generalsekretariats, eine Empfehlung mit dem Thema „Die Erfüllung der Wünsche Sterbender und terminal Kranker“ zu verfassen. Hätte ich den Titel so übernommen, dann hätte das Ergebnis nur sein können „sie wünschen, wir töten“. Ich konnte dieser ersten Falle, die die Euthanasiebefürworter, die weit verbreitet auch unter den Beamten und Abgeordneten der parlamentarischen Versammlung des Europarates sich finden, errichtet hatten, entgehen. Mit einem Team des „Instituts für Ethik und Recht in der Medizin“, das ich an der Universität Wien als interdisziplinäres Institut aufgebaut hatte, verfasste ich eine Empfehlung zum „Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte Sterbender und terminal Kranker“.

In diesem Text analysierten wir zunächst die spezifischen Ängste vor dem Sterben in unseren Gesellschaften und die darin zum Ausdruck kommenden Probleme.

Die Antwort der Politik, die wir empfahlen, umfasste folgende drei Punkte:

1. Vorrang für den Aufbau, Ausbau und flächendeckende Umsetzung der Palliativmedizin nach dem jeweils besten Standard und die entsprechende Ausbildung, Teamworkbildung der heilenden Berufe und Ausbau der Infrastruktur (z.B. Hospiz). Der Zugang zur Schmerzmedizin, die sicher nicht die teuerste Form, aber eine der menschlichsten Formen der Medizin ist, sollte für alle Bürger gewährleistet werden.
2. Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung terminal Kranker als Abwehrrecht, dass niemand gegen seinen Willen medizinisch behandelt und weiterbehandelt wird. Niemandem sollte eine unsinnige Verlängerung seines Sterbeprozesses aufgezwungen werden. Gerade davor haben ja viele Menschen Angst. Auch so genannte Patientenverfügungen, in denen eine Person für den Fall, dass sie nicht mehr zustimmungs- und entscheidungsfähig ist, sollen berücksichtigt werden und solche Dokumente auch rechtlich geregelt werden. In den erläuternden Bemerkungen haben wir für die Gesetzgeber in den Nationalstaaten angeregt, die Regelung so vorzunehmen, dass ein Arzt, der sich

aus besonderen Gründen nicht an den Wortlaut einer solchen Patientenverfügung hält, dies ausdrücklich in einer für die Angehörigen und für andere verständlichen Weise dokumentiert.

3. Klare Ablehnung der Tötung terminal Kranker und Sterbender auch auf deren ausdrücklichen Wunsch. Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention des Europarates von 1950, nach dem in Europa niemand absichtlich seines Lebens beraubt werden soll, gilt auch für Sterbende und terminal Kranke. Der Wunsch, getötet zu werden, stellt daher niemals eine Rechtfertigung für intendierte Tötungshandlungen dar.

Die Debatten im Parlamentsausschuss mit etwa 50 Abgeordneten bei der Vorstellung des Entwurfes drehten sich vor allem um zwei Fragen: Warum ist so genannte passive Euthanasie erlaubt und nicht auch die aktive (in beiden Fällen ist der Patient ja tot) und warum reicht die Autonomie, die eine Behandlung ablehnen kann (zur Begründung eines Abwehrrechtes) nicht auch zum Anspruch auf Lebensbeendigung (zur Begründung eines Anspruchsrechtes).

Mit drei anderen Experten konnten wir die Abgeordneten mehrheitlich in einer 5-stündigen Diskussion im Ausschuss davon überzeugen, warum der Unterschied zwischen dem Zulassen des Sterbens auf Wunsch des Patienten, der eine bestimmte medizinische Behandlung, die den Sterbeprozess vielleicht noch verlängern könnte, ablehnt und der Euthanasie wesentlich ist. Wir haben den Begriff Euthanasie im ganzen Dokument vermieden wegen seiner Vieldeutigkeit und Missverständlichkeit. Wenn mit so genannter passiver Euthanasie die Tötungsabsicht einhergeht, dann ist diese als rechtswidrige Unterlassung ja auch abzulehnen.

Beim Zulassen des Sterbens hingegen stirbt ein Mensch nur an seiner Krankheit und nicht an einer dazwischentretenden Ursache, bei der sich Missverständnisse, Irrtümer und Missbräuche aller Art einschleichen können. (Kausaler Aspekt)

Bei der Euthanasie ist die Intention die Tötung (durch Tun oder Unterlassen), beim Zulassen des Sterbens der Respekt vor dem zu Ende gehenden Leben des Patienten und seiner Entscheidung (intentionaler Aspekt) und auf der Ebene der dahinter stehenden Motivation steht bei der Euthanasie die technische Beherrschung des Sterbens im Vordergrund,

beim Zulassen des Sterbens eben die Achtung des Patienten und seiner Wünsche, wenn er soweit ist, loszulassen. Zudem spaltet ein Arzt, der tötet, den Patienten in einen Leib, den er tötet und eine Psyche, der er helfen will auf und auch sich selbst in einen, der (vielleicht aus Mitleid) hilft und einen, der vernichtet: ein unerträglicher Dualismus (motivationaler Aspekt).

Bezüglich der Reichweite der Autonomie konnte ein Experte aus den Niederlanden zeigen, dass eine überzogene Autonomie ins Gegenteil kippt: Der Sterbende in seiner Situation der Schwäche kann unter vielfältigen Druck seiner Angehörigen, der Ärzte, der Institutionen usw. geraten und auch die Ärzte können unter Druck geraten, wenn eine ganze Gesellschaft ihnen zubilligt auf Wunsch zu töten. Aus dem berechtigten Anliegen, einen starken ärztlichen Paternalismus zu überwinden, bekommt bei der Euthanasie der Arzt eine Macht, die er vorher nie hatte.

So kam dieser so genannte Gattererbericht im Juni 1999 in das Plenum der parlamentarischen Versammlung des Europarates und wurde nach fünf-stündiger intensiver Debatte mit nur 6 Gegenstimmen – also mit überwältigender Mehrheit – als *Recommendation 1418/99* des Europarates angenommen. Eine solche Empfehlung richtet sich an den Ministerrat, der mehrfach diese Empfehlung willkommen geheißen hat und auch der europäische Menschenrechtsgerichtshof hat in Urteilen (z.B. Diane Pretty) auf diese Bezug genommen.¹

In der Folge gab es im Jahr 2001 ein vom Europarat veranstaltetes Hearing im Parlament in Paris, bei dem versucht wurde, den Inhalt dieser Empfehlung aufzuweichen. Mein Schlusswort beim Round Table im Jahre 2002 habe ich in der Zeitschrift *Orientierung* 67(2003)16–19 veröffentlicht; dieser Beitrag ist auch als Argumentationshilfe für Parlamentarier gedacht; denn 2005 kam ein Antrag des liberalen Schweizer Abgeordneten Dick Marty ins Plenum und wurde dort abgelehnt.

Doch die Debatte entwickelt sich weiter: In einigen Mitgliedsstaaten (BRD und Österreich) wurden mittlerweile Gesetze zur Regelung von Patientenverfügungsdokumenten erlassen und in anderen Staaten werden diese

¹ Der Text ist unter <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm> abrufbar.

zurzeit heftig diskutiert. Hinzu kommt die beginnende Debatte um palliative Sedierung im Rahmen der Palliativmedizin.

Das österreichische Patientenverfügungsgesetz von Mai 2006 versteht in §2 unter Patientenverfügung eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er zum Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.

Ist eine solche Vorausverfügung ethisch vertretbar, ist sie sinnvoll und ist eine genaue gesetzliche Regelung sinnvoll? Wieso kommt es überhaupt zu einer solchen Diskussion? Mit der zunehmenden Medikalisierung des Sterbens und der Zunahme an lebensverlängernden medizinischen Möglichkeiten stellt sich die Frage nicht nur allgemein: Darf die Medizin alles, was sie kann?

Die Sorgen sind differenzierter: Wie sehr wird unser Sterben durch die neuen technischen Möglichkeiten und die damit zusammenhängenden Organisationsformen des Medizinbetriebs entfremdet? Kann der Mensch noch seinen eigenen Tod sterben? Wie transparent werden im Zusammenspiel von Patienten, therapeutischem Team und Ärzten, von Spitalserhaltern, Angehörigen, Krankenkassen usw. Entscheidungen getroffen? Wer hat die letzte Verantwortung? Wessen Wertungen kommen zum Tragen? Wie viel Druck kann angesichts der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen auf uns in Zukunft zukommen? Welche medizinischen, pflegerischen und andere Hilfen werden uns bei der Erfüllung unserer letzten Lebensaufgabe zuteil werden? Was bedeutet Fürsorge für Sterbende? Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass der Mensch seine letzte Lebensaufgabe im Sterben in Freiheit und mit Unterstützung seiner Mitmenschen erfüllen können soll. Ein Wort von Kardinal König knapp vor seinem eigenen Sterben ist eine bleibende Wegweisung: „Menschen sollen nicht durch die Hand eines anderen, sondern an der Hand eines anderen Menschen sterben können.“

Es besteht weiter Einigkeit auch darüber, dass Ärzte nicht ihre Wertungen dem Patienten aufzwingen sollen, sondern dass die Wertungen des Patienten zum Tragen kommen.

Es besteht auch weitgehender Konsens, dass die Bürger in Voraussicht einer Kommunikationsunfähigkeit für diesen Fall ihre Wertungen in einer

so genannten Patientenverfügung niederlegen und damit rechnen können, dass die Ärzte solche Dokumente berücksichtigen.

Es besteht also weitgehend Einigkeit über die Stärkung und Rechtssicherheit von Patientenverfügungen, aber wie? Der Grat zwischen unerwünschter Sterbeverlängerung und unverantwortlicher Lebensverkürzung ist schmal.

Es gehört zur Freiheit des Menschen, dass er in Lebensentscheidungen sein Leben vorweg qualifiziert. Ohne solche verbindlichen Vorausverfügungen im Leben gibt es keine Verlässlichkeit und charakterliche Identität. Ohne diese kann das Leben nicht glücken. Darin gründen auch Möglichkeit und Sinnhaftigkeit von Patientenverfügungen.

Der Mensch weiß aber auch, dass er seine Wertungen, die in einer solchen Vorausqualifizierung zum Ausdruck kommen, ändern kann. Darin liegt die Problematik von solchen Vorausverfügungen, die in zeitlich oft größerem Abstand, (im österreichischen Gesetz beträgt die Gültigkeit immerhin 5 Jahre), getroffen werden. Der Mensch kann an der Einstellung zu seinem Leben arbeiten solange er lebt: Er kann umkehren und damit seine Wertungen verändern. Wie die Erfahrung zeigt, tut er dies – vor allem wenn es ernst wird – oft genug. Daher ist der jeweils aktuelle Wille des Patienten entscheidend. Probleme ergeben sich dann, wenn der Mensch seinen Willen wohl ändert, aber nicht mehr ausdrücken kann.

Das österreichische Patientenverfügungsgesetz hält daher in §10 Absatz 2 fest: Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

In Deutschland wurde sehr lange um eine so genannte Reichweitenbegrenzung diskutiert, d.h. ob eine solche Vorausverfügung generell gelten soll oder nur für den Verlauf einer Krankheit, die in absehbarer Zeit auch bei Behandlung zum Tode führt (z.B. Krebs). In Deutschland wurde das Gesetz ohne eine solche Reichweitenbegrenzung beschlossen.

In Österreich ist sie indirekt in §5 des Gesetzes enthalten in dem die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung an eine umfassende ärztliche Aufklärung gebunden ist. Der Arzt muss nicht nur die Einsichts- und Urteilsfähigkeit dokumentieren, sondern auch dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen zutreffend einschätzt, etwa bezogen auf eine

frühere oder aktuelle Krankheit oder eines nahen Angehörigen. Hinzu kommt noch eine rechtliche Aufklärung. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, dann ist eine Patientenverfügung nicht verbindlich, aber beachtlich. Ausdrücklich festgehalten ist, dass der Inhalt einer solchen Vorausverfügung nicht strafrechtlich verboten ist. Eine Verfügung, die Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zum Suizid bedeutet, ist daher ungültig.

Die ersten Erfahrungen mit diesem Gesetz aus 2006 zeigen, dass vor allem drei Gruppen solche Verfügungen errichten wollen: a) die Zeugen Jehovas, die Bluttransfusionen ablehnen (die Gewissens- und Religionsfreiheit ist zu respektieren und nicht über richtige oder falsche Bibelinterpretationen zu befinden); b) krebskranke Patienten, die ihren Krankheitsverlauf einigermaßen voraussehen können; c) Menschen, die sich ein „gutes Sterben“ wünschen (diese letzte Gruppe hat nach den Erfordernissen des Gesetzes mit der genauen Aufklärung kaum eine Chance).

§12 führt aus, dass medizinische Notfallversorgung von diesem Gesetz unberührt ist und

§15 enthält Strafbestimmungen, wenn jemand den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung vom Vorliegen einer Patientenverfügung abhängig macht, also Druck ausübt.

Derzeit kann mit dieser Regelung die Angst von Menschen abgebaut werden, gegen ihren Willen einem langen qualvollen Sterbeprozess ausgesetzt zu werden. Insofern kann ein solches Gesetz Befürwortern der Euthanasie Wind aus den Segeln nehmen. Andererseits ist angesichts immer knapper werdender Mittel im Gesundheitsbudget darauf zu achten, dass in Zukunft dieses Instrument der Patientenverfügung nicht als Mittel zum Sparen eingesetzt wird und die Grenzen zur Euthanasie verschwimmen.

Grenzen zur Euthanasie können auch beim Einsatz der palliativen Sedierung verschwimmen. Nach einer jüngeren Untersuchung (A. van der Heide, End-of-life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act; in NEJM 2007; 356:1957-1965) ging in den Niederlanden die Zahl der Euthanasie zurück, während gleichzeitig signifikant mehr Menschen unter palliativer Sedierung starben (7,1% im Jahr 2005). Für die Erhellung dieses Zusammenhangs bedarf es weiterer Studien.

Unter palliativer Sedierung verstehe ich den Einsatz einer nach dem besten wissenschaftlichen Standard und genauer medizinischer Indikation gegebenen Medikation, die das Bewusstsein des Patienten in dem Maß trübt, als dies zur Linderung von Schmerzen und Symptomen nötig ist, die anders nicht wirksam gelindert werden können. Mit dem Fortschritt der Technik ist eine differenziertere und kontrolliertere Dosierung möglich geworden.

Die Palette der für diese Medizintechnik verwendeten Begriffe reicht von einfacher Sedierung, über bewusst induzierten Tiefschlaf, andauernde tiefe Sedierung, graduelle Bewusstseinsstrübung, zeitweilige Sedierung, palliative Sedierung bis hin zu terminaler Sedierung und Totalsedierung (vgl. European Association for Palliative Care).

Diese unterschiedlichen Begriffe zeigen bereits den unterschiedlichen Einsatz dieser Technik.

Die ethische Bewertung des Einsatzes der palliativen Sedierung hängt also von den Umständen und der Intention ab. Wichtig und voller ethischer Implikationen ist auch die Diskussion über die medizinische Indikationsstellung.

Es gibt einen kleinen Prozentsatz von Patienten, deren Schmerzen nicht mit den üblichen Mitteln der Palliativmedizin gelindert werden können. Wer aber die Schmerzen eines Menschen auf dessen Bitten hin nicht lindert, obwohl er es kann, nimmt dem Patienten zwar nicht seine Würde, aber er verletzt sie auf grobe Weise. Schon Pius XII. hat in seiner Ansprache an das Collegium Internationale Neuro-Psycho-Pharmacologicum am 9.9.1958 gesagt: „Die Euthanasie, das heißt der Wille, den Tod herbeizuführen, ist offenkundig von der Moral verworfen. Wenn aber der Sterbende zustimmt, ist es erlaubt, maßvoll Betäubungsmittel zu gebrauchen, die seine Schmerzen lindern, aber auch den Tod rascher herbeiführen können.“ (in Utz-Groner Bd III, 5442).

Verschiedene Konfliktsituationen sind daher auch unterschiedlich ethisch zu beurteilen:

- Wenn jemand ohne medizinische Indikation permanente Sedierung ohne künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wünscht, ist dies gleich zu bewerten wie Euthanasie oder zumindest wie Beihilfe zum Suizid.
- Auch wenn jemand ohne schwere Schmerzen unter palliativer Sedierung das Sterben beschleunigen möchte ist dies wie Euthanasie zu bewerten.

- Anders ist die Situation zu bewerten, wenn ein Patient bereits im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung sediert wurde (etwa nach einem schweren Unfall) und wegen Aussichtslosigkeit eine Behandlungsbegrenzung vorgenommen wurde; dann stirbt der Patient nicht an der Sedierung, sondern an seiner Verletzung.

- Ebenso ist Sedierung ethisch zu akzeptieren, wenn etwa bei einer Tumorerkrankung, die bereits weit fortgeschritten ist, normale palliativmedizinische Maßnahmen die Schmerzen nicht zufriedenstellend lindern können und die palliative Sedierung die einzig effektive Maßnahme der Schmerz- und Symptomkontrolle darstellt.

- Schließlich hängt die ethische Bewertung der palliativen Sedierung bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheit (etwa bei Amyotropher Lateralsklerose) davon ab, ob die Entscheidung, die künstliche Beatmung nicht mehr fortzusetzen, in dieser Situation ethisch gerechtfertigt ist oder nicht.

Schlussbemerkungen: Die End-of-Life Decisions werden immer komplexer und verlangen die aufmerksame Begleitung durch ethische Reflexion. Aber nicht nur die theoretische Arbeit der Ethiker ist gefragt, sondern auch die Bereitschaft und das Engagement zur Mitarbeit in den verschiedenen Ethikkommissionen, a) bei der medizinischen Forschung am Menschen; b) bei Ethikkonsilien am Krankenbett, z.B. in der Klinik und c) in Ethikkommissionen zur Politikberatung.

Nicht nur der Europarat mit seinen derzeit 47 Mitgliedsstaaten befasst sich auf europäischer Ebene mit ethisch brisanten Problemen, sondern auch die EU mit ihren derzeit 27 Mitgliedsstaaten wird im Lissabonvertrag (Artikel 17 im Vertrag über die Arbeitsweise) sich zu einem offenen, transparenten und regelmäßigen Dialog mit den Kirchen und Weltanschauungsgemeinschaften verpflichten.

Die Türen sind also offen und es hängt viel von unserer Wachsamkeit und unserem Engagement – vor allem der nächsten Generation von Ethikern-ab.

IMRE SZEBIK

DECISIONS AT THE END OF LIFE

I was asked by the organizers to give a short comment on Dr. Virt's presentation with special attention to the problems of our region here in Central Eastern Europe.

Together with many bioethicists and health care professionals I certainly share most of the concerns Dr. Virt mentions in his presentation with regard to the legalization of euthanasia in Europe, or with regard to the validity of living will.

Let us turn our attention now to Hungary and its neighboring countries. Although sometimes vivid and clever-minded discussion is going on regarding legalizing mercy killing in Hungary, I would add another argument why this form of „care“ is unacceptable in this region.

Let me mention two short Hungarian cases to illustrate my point. During a cardioangiography a patient is said that she needs an emergency open heart operation because of coronarosclerosis and valve insufficiency. Therefore the patient is admitted to the hospital, the first day passes, the second day passes, the third day passes and nothing happens. Although the patient is not well educated still she becomes suspicious and worried so she gives some money to a nurse and asks about the operation. The nurse immediately calls a heart surgeon, who comes to see the patient soon. He explains her situation and mentions that the operation cannot be done, because she might need blood transfusion during the operation, but there is not enough blood resource. The patient asks her family and other patients in the hospital and she decides to give money to the heart surgeon. „Surprisingly“, the blood scarcity is resolved and the patient can be operated.

And the second case:

A patient with kidney-cancer is told that because of his general condition he is ineligible for an operation that aimed to remove his tumor. The patient became suspicious and choose another hospital. Here he was operated

successfully. The patient is a well educated engineer and supposed that doctors in the first hospital did not want to operate him because he did not give them money after earlier treatments.

Yes, we do have legal regulations on the end-of-life decisions in Hungary. Durable power of attorney, living will (to be renewed biannually), refusal of life-sustaining treatments is possible but as we have seen from the cases above, one may have difficulty to exert these rights and use these possibilities once patients cannot be sure the information provided them is correct and unbiased. In practice this means that patients often cannot make informed choice on different clinical intervention, nor can they decide whether to choose an aggressive but promising treatment or have medical efforts finished and leave peacefully.

Financial scarcity is also often masked as desinformation: it is stated that there is nothing more to be done from a medical point of view, but in reality, the available treatment is so expensive that only selected, „important“ patients may get it.

Medical research may also compromise end of life care: for example in the name of the often misinterpreted „this patient is going to die anyway“ argument painful research interventions are done on patients, although many of these intervention may not provide any benefit but additional suffering for the dying person. Greed and badly interpreted scientific advancement may be the underlying reasons for these kinds of anomalies.

Thus we have arrived to a phenomenon that reigns health care decisions in Hungary and in most of the neighbouring countries: corruption.

The worst part of corruption in health care is that one may never know when she is abused although I am sure many of health care providers are not influenced by different corruptive elements. But this genuine uncertainty is affecting the overall well-being of patients, it infiltrates virtually all doctor-patient interaction.

Here comes my argument to the euthanasia debate: in a country, in a region, where corruption can be considered as one of the most important element of everyday life, where is it not uncommon to see dying patients to sign wills benefiting the staff of the hospital, where one cannot be sure that the health related information is really justifiable, legalizing euthanasia would be a great power in those hands which may become easily cor-

rupted. While we have anecdotal evidence that active euthanasia does exist in Hungary, legalizing it would certainly increase the number of abuses and hurt the dignity of patients to a greater extent.

Another concern I got when I read Dr. Virt's presentation relates to the war between pro-euthanasia and pro-life activists. I think one may win important battles in this field but the war is almost over. If there are three countries in Europe where euthanasia or physician assisted suicide is legalized one may hardly think that those who are mobile and who really want to commit suicide cannot do so. The concern I have affects our limited resources. I think it is very important to inform patients and politicians on the values of human dignity, and how this dignity may be hurt with euthanasia. At the same time we must not forget that it is not only euthanasia that may kill patients but we have a huge malady in our globalized societies crying for help. Let me give you one example. In 1997 pain killer drug Vioxx was marketed in the USA and elsewhere. It is estimated that in the subsequent 7 years at least 25.000 patients died of cardiovascular complications caused by Vioxx alone in the USA and the number of those who did not die but persisted due to a heart attack is much more than this.^{1,2} To be very clear, these complications could have been prevented. They were foreseeable. They were discovered during the clinical research phases of the drug. However, Merck, the producer of the drug has hidden this information from clinicians and patients.

We can see human life can be jeopardized by many different factors. Euthanasia is an important one, unfortunately, this is not the only one. And the abuses as mentioned above may be perhaps even more dangerous because they are invisible, they cannot be easily prevented, the fight against them is a covert and quite hopeless fight.

¹ Topol, E.: Failing the Public Health – Rofecoxib, Merck, and the FDA. 2004. okt. 21. 1707–1709. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/351/17/1707>

² Krumholz, H.M. et al: What have we learnt from Vioxx? British Medical Journal 2007; 334: 120–123.

GRÜNE GENTECHNIK GENTECHNISCH VERÄNDERTE NAHRUNGSPFLANZEN IM BIOETHISCHEN DISKURS

Grundlegung

Durch mehrere gewichtige Gründe¹ gewinnt die Landwirtschaft immer mehr an Bedeutung. Sie erlebt eine echte Renaissance, sowohl im Nahrungs- und Futtermittelbereich als auch im Bereich der Bioenergie und der nachwachsenden Rohstoffen. In allen diesen Bereichen wird die Frage der nachhaltigen Produktion stark betont, womit die drei Dimensionen des Nachhaltigkeitsprinzips – ökologische, ökonomische und soziale – die Basis der ethischen Diskussion darstellen.

Die aktuellen Herausforderungen an die Landwirtschaft sind nicht zu übersehen, weil die Landwirte durch die Globalisierung einem großen Druck ausgesetzt sind. Sie müssen sich immer mehr in einem harten internationalen Wettbewerb behaupten. Ihre einzige Chance bietet eine effiziente und Ressourcen schonende Produktion, die durch leistungsstarke Sorten erreicht werden kann. Deswegen kommt der Pflanzenzüchtung in der Entwicklung solcher Sorten eine Schlüsselrolle zu.²

Es ist keine Frage, dass bei der Pflanzenzüchtung die Bewältigung der umfassenden Aufgaben auch unter Einsatz moderner Methoden weiter inten-

¹ Z.B. eine ständig wachsende Weltbevölkerung und damit auch die wachsende Nachfrage nach hochwertigen Nahrungsmitteln und Energie, zunehmend verschlechterte landwirtschaftliche Produktionslage (vor allem knappe Anbauflächen, schlechte Böden und Wassermangel), durch Klimawandel wachsende Ansprüche an den Umweltschutz, sozioökonomische Lage besonders in den Entwicklungs- und Schwellenländern u. v. m.

² Der Bundesverband Deutscher Pflanzenzüchter e.V. (BDP) begrüßt, dass sich der Deutsche Bauernverband e.V. (DBV) dem Schlüsselthema Pflanzenzüchtung im Rahmen des 1. Pflanzenzüchtungstags (Bonn, 30. September 2009) widmet und Bewusstsein für die Leistungsfähigkeit der Pflanzenzüchtung schärft; „Mit Züchtungsfortschritt die Wettbewerbsfähigkeit der Landwirtschaft in Europa steigern“, http://www.bdp-online.de/de/Presse/Aktuelle_Mitteilungen/DBV-Pflanzenzüchtungstag/BDP-PI-2009-09-30_Mit_Zuechtungsfortschritt_die_Wettbewerbsfaehigkeit_der_Landwirtschaft_in_Europa_steigern.pdf (15.11.2009).

siviert werden muss. Das geschieht bereit seit Anfang der 80er Jahre, so dass die ersten gentechnisch veränderten Pflanzen (s.g. gv-Pflanzen) Mitte der 90er Jahre angebaut wurden. Der kommerzielle Anbau begann 1996 mit 2 Millionen Hektar in den USA. 2008 waren es bereits weltweit 25 Länder, die insgesamt 125 Millionen Hektar mit gv-Pflanzen angebaut hatten (Die Hälfte davon befindet sich in den USA).³ Dieser kontinuierliche und steile Anstieg der Anbauflächen wurde von den Befürwortern der Grünen Gentechnik gerne damit interpretiert, dass die Anwender einen konkreten Nutzen haben, jedoch sagt die bloße Zahl der Anwender noch nichts über ökonomische Ergebnisse und Gewinnhöhe bzw. -verteilung aus.⁴

(Kultur-)Pflanzen als Lebensbasis sind nach wie vor unbestritten. Von der Pflanzenvielfalt hängt die Stabilität der gesamten Ökosysteme ab. In der Debatte über die Grüne Gentechnik wird besonders sorgfältig die Frage der Agrobiodiversität thematisiert. Es werden negative Einflüsse auf die Pflanzenzüchtung befürchtet, da die Sortenwahl stark reduziert wird. Man darf die Ängste und Befürchtungen der Menschen, die sich auf Grundlegendes bezieht, wie Art und Weise der Ernährung bzw. die Ernährungssicherung, nicht unberücksichtigt lassen. Dabei spielen auch kulturelle Elemente, wie Bräuche, religiöse Rituale und andere regionale Besonderheiten eine wichtige Rolle. Es ist vollkommen verständlich, dass es Menschen nicht egal ist *ob* und *wie* sich die Grüne Gentechnik bzw. Agrogentechnik weiterentwickelt. Die Biotechunternehmen sind gut beraten, diese Phänomene nicht zu übersehen und auf den Weg zu ihren Entscheidungen die Leute miteinzubeziehen

³ Die Länder mit den größten Anbauflächen für gv-Pflanzen sind USA (62,5 Mio. Hektar), Argentinien (21), Brasilien (15,8), Indien und Kanada (7,6). Auch China, Paraguay und Süd-Afrika bauten gv-Pflanzen auf einer Fläche von über einer Million Hektar an. Nach Angaben der Agro-Biotechnologie-Agentur ISAAA (*International Service for the Acquisition of Agri-Biotech Applications*), die den jährlichen Bericht zur globalen Anbausituation zusammenstellt, nutzten 2008 weltweit insgesamt 13,3 Millionen Landwirte gv-Pflanzen, 1,3 mehr als im Vorjahr [vgl. James, Clive: „Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops: 2008“, ISAAA Brief No. 39, Ithaca, NY; <http://www.isaaa.org/resources/publications/briefs/39/default.html> (13.10.2009)].

⁴ Vgl. Sauter, Arnold: Transgenes Saatgut in Entwicklungsländern – Erfahrungen, Herausforderungen, Perspektiven. Endbericht zum TA-Projekt „Auswirkungen des Einsatzes transgenen Saatguts auf die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Strukturen in Entwicklungsländern“, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Arbeitsbericht Nr. 128, Bonn, November 2008, 42.

Pflanzenzüchterische Ziele der Grünen Gentechnik

Für eine bioethische Bewertung der Grünen Gentechnik sind die Ziele der Pflanzenzüchtung mit dem Einsatz der molekulargenetischen Methoden (s.g. gv-Pflanzenzüchtung) entscheidend, die sich grob gesehen, in einige Gruppen zusammenfassen lassen:

a) Ernte- und Nachernteverluste minimieren⁵ – es geht meistens um herbizidresistente und insekzentolerante gv-Pflanzen, und zwar gegen zwei Totalherbizide (Glyphosat – Monsanto *Roundup* und Glufosinat – *Basta* und *LibertyLink* von AgrEvo bzw. Bayer CropScience). Bei Insektenresistenz handelt es sich um Bt-Sorten, die auf der Basis von *Bacillus thuringiensis* Toxin sich selbst vor Schädlingsfraß schützen.

b) die Erträge steigern – das ist nach wie vor ein ausgeprägter Wunsch der Biotech-Unternehmen, aber solche Eigenschaften lassen sich nicht so einfach mit der Molekulargenetik erzielen. Es gibt auch verschiedene Versuche, die Ernterträge durch die verbesserte Photosyntheseleistung, Photorespiration, Nährstoffaufnahme und -verwertung wie Stickstoff-fixierung (Wachstumseffizienz) oder durch den veränderten Stofftransport zu erhöhen.

Die Versuche, Einfluss auf den Blütezeitpunkt, den Prozess der Reife von Früchten oder auf die Platzfestigkeit bei Schoten und Hülsen (zur Verringerung der Ernteverluste) zu nehmen, gehört auch zu dieser Gruppe der gentechnischen Veränderungen.

c) die Produktqualität verbessern – einiges wurde unter großen Schwierigkeiten schon erzielt, aber weit nicht so viel man angekündigt und erwünscht hatte. Ein sehr oft zitiertes Beispiel ist der Goldene Reis – ein mit Vitamin A angereicherter Reis, da ihm ein Mais-Gen eingezüchtet wurde. Dieser Reis, jahrzehntelang als Aushängeschild der Biotech-Industrie verwendet, ist noch nicht im Anbau, aber die Forscher hoffen, dass er in drei

⁵ Insofern berechtigt, weil Wildkrautwuchs in der Landwirtschaft schon immer große Schwierigkeiten bereitete. Ernteverluste durch Unkraut schätzt man auf 10 bis 15% weltweit, aber in manchen Kulturen, abhängig von bestimmten Umwelt-, Klima- und Bodenbedingungen, ist es nicht selten, dass die Ernteverluste sich bis auf 70% belaufen [vgl. Patlak, Margie with the assistance of Drs. Beachy, Roger N. – Chilton, Mary-Dell – Chrispeels, Maarten J. – Fedoroff, Nina – Haselkorn, Robert – Jaworski, Ernest and Kelman, Arthur: „Designer Seeds“, *Beyond Discovery*TM: The Path from Research to Human Benefit, a project of the National Academy of Sciences (Oktober, 1998), 1–7, hier 6, www.beyonddiscovery.org/includes/DBFile.asp?ID=58 (13.10.2009)].

Jahren marktreif sein könnte.⁶ Auf der Unternehmensliste fanden sich: Fruktane – mehr Ballaststoffe für Kartoffeln und Zuckerrüben; Kartoffeln mit weniger Bitterstoffen; Lycopin-Tomate; fettarme Pommes; Isoflavon-Soja; gesündere Fette; allergenfreie Pflanzen; samenlose Früchte und ähnliches. Das gesamte Unternehmen läuft unter dem Namen gesundes „functional food“, „tasty health“ oder „neutraceuticals“, womit die Verbraucher angespornt werden sollen, nach diesen Produkten zu greifen. Bis jetzt hat sich gezeigt, dass das Gesundheitsprogramm aus der so genannten „Gen-Küche“ kein größeres Echo unter den Verbrauchern findet.

d) die Landwirtschaft umweltfreundlicher betreiben – wieder eine Utopie bzw. ein „gv-Mythos“. Es ist bemerkenswert, dass der Agrochemiekonzern Monsanto in den letzten Jahren seine Produktion von Chemiepreparaten für Landwirtschaft vervielfacht hat. Die Zahlen sprechen für sich – mit dem vermehrten Anbau seiner gv-Kulturpflanzen steigert der Konzern auch seine Agrochemieproduktion. Es ist vollkommen berechtigt sich zu fragen: die grundlegende Geschäftsintention – sollte die je anders sein?

Es gibt einzelne Fälle wie zum Beispiel China, wo seit 1997 Bt-Baumwolle produziert und Spritzmittel eingespart wird „weil nur noch sechs Mal statt zwanzig Mal gespritzt werden muss. Die Kosten für die Baumwollproduktion sind deshalb um fast ein Drittel gesunken.“⁷ Jedoch bleiben die Resistenzbildungen nach wie vor die Achillesferse der Grünen Gentechnik. Eben solche Phänomene beeinflussen die öffentliche Akzeptanz des Neutechnologieeinsatzes.

Gesellschaftliche Akzeptanz der Grünen Gentechnik

Welche Informationen über eine Technik und ihre möglichen Vorteile und Nachteile vermittelt werden, ob eventuelle negative Folgen mit bestehenden technischen und gesellschaftlichen Mechanismen zu kontrollieren und zu beherrschen sind – das alles wirkt sich auf die gesellschaftliche

⁶ Vgl. o. A.: „Reis, der dem Klimawandel trotzt“ (23.06.2009) <http://www.br-online.de/wissen/umwelt/gruene-gentechnik-DID120644702965/gentechnik-reis-laborpflanzen-ID1245749781145.xml> (13.10.2009).

⁷ O. A.: „Pro: Weniger Spritzmittel, mehr Ertrag“ (01.10.2008), <http://www.br-online.de/wissen/umwelt/gruene-gentechnik-DID120644702965/gentechnik-landwirtschaft-pro-ID1206021144331.xml> (13.10.2009).

Akzeptanz einer technischen Neuerung aus.⁸ Weder Ängste noch die Ankündigung übertriebener Hoffnungen sind dabei gute Ratgeber. Doch dürfen Ängste in der Bevölkerung, auch wenn sie von Fachleuten als irrational betrachtet werden, nicht ignoriert und noch weniger mit Arroganz abgetan werden.

Mit der Zeit ist jedoch eine Ernüchterung eingetreten, sowohl hinsichtlich der übertriebenen technologischen Erwartungen, da die gentechnische Pflanzenzüchtung sehr wohl auf ihre Grenzen gestoßen ist, als auch hinsichtlich der übertriebenen Ängste, da die befürchteten negativen Folgen nach 30 Jahren gentechnischer Züchtung, beinahe 25 Jahren durchgeführter Feldversuche und fast 15 Jahren kommerziellen Anbaus in keinem nennenswerten Ausmaß eingetroffen sind. Durch das Ausbleiben dieser Folgen ist das Vorhandensein solcher Möglichkeiten weder bestätigt noch dementiert. Die Langzeiteffekte konnten auch wegen der relativ kurzen Zeit der Anwendung von gentechnischen Methoden bisher nicht überprüft werden. „Solange Risiken und Chancen der Grünen Gentechnik nicht eingehend durch Langzeitstudien untersucht wurden, müssen Verbraucher die Möglichkeit haben, auf konventionell erzeugte Nahrungsmittel zurückzugreifen“, meinte Hans-Joachim Preuß, früherer Generalsekretär der Welthungerhilfe.⁹ In diesem Punkt wird mit Recht immer wieder das Vorsorgeprinzip zur Rate gezogen.

Den gentechnischen Pflanzen und ihren Produkten stehen die Menschen in Europa mehrheitlich sehr kritisch gegenüber. Durchschnittlich sind etwa 60-70% der Bevölkerung gegen Gentechnik auf den Feldern und ihren Tälern. Darüber hinaus stellte die Studie fest, dass die Einstellung zur Gentechnik nicht vom Ausbildungsniveau abhängig ist. Mehr Kontrolle und Sicherheitsforschung haben Befragte mit unterschiedlicher Ausbildung verlangt.¹⁰ Jedoch sind schätzungsweise etwa 80 bis 90% unserer Lebensmittel

⁸ Subjektive und institutionelle Kontrolle sind unabdingbare Voraussetzungen für die Akzeptanz einer Entwicklung (vgl. Hampel, J.; Renn, O.: „Ausblick“, in: dies. (Hrsg.): *Gentechnik in der Öffentlichkeit. Wahrnehmung und Bewertung einer umstrittenen Technologie*, Frankfurt – New York, 1999, 383-390, hier 384).

⁹ Zitiert in: „Gen-Food ist nicht erwünscht. 90 Prozent für klare Kennzeichnung“, (06.11.2003), <http://www.naturkost.de/meldungen/2003/031106genv1.htm> (13.10.2009).

¹⁰ So haben, beispielsweise die Ergebnisse der am 6. Dezember 2001 präsentierten Eurobarometer-Umfrage zum Thema „Wissenschaft und Gesellschaft“ gezeigt, dass 94,6% der Europäer selber entscheiden wollen, ob sie gentechnisch veränderte Lebensmittel essen oder nicht;

schon mit Biotechnologie oder Gentechnik in Berührung gekommen, ohne dass es den Verbrauchern bewusst geworden wäre.¹¹

Die neueren Umfragen weisen ähnliche Ergebnisse auf. Laut der Umfrage von Emnid im Auftrag der Deutschen Welthungerhilfe lehnen 75% der Deutschen gv-Nahrungsmittel ab. Für knapp 90% ist es „wichtig“ oder „äußerst wichtig“, dass Gen-Lebensmittel klar gekennzeichnet sind.¹²

Die letzte Eurobarometer-Umfrage zur Biotechnologie („Europäer und Biotechnologie 2005“), deren Ergebnisse am 19. Juni 2006 in Brüssel präsentiert wurden, ergab, dass gv-Lebensmittel von 58% Europäer abgelehnt werden.¹³

In der Akzeptanzfrage für eine ethische Beurteilung ist es wichtig, den Unterschied zwischen gv-Produkten und gv-Organismen zu berücksichtigen. Während gv-Produkte aus oder mittels gv-Organismen gewonnen werden oder diese enthalten und als solche nicht vermehrungsfähig sind, sind lebendige Organismen, die freigesetzt werden, sehr wohl vermehrungsfähig und stellen als solche eine direkte Gefahr für die Umgebung dar. Der Umgang mit diesen beiden – gv-Produkten und gv-Organismen – hängt von dieser Vermehrungsfähigkeit ab.

Risiken

Auf Basis einer technologiefixierten Bewertung der Grünen Gentechnik („Chancen und Risiken“) ruht auch die gesellschaftliche Akzeptanz der Freisetzung der gv-Organismen und ihrer Verbreitung in den Ernährungsketten. Neben diesen zwei Risikobereichen – gesundheitlich und ökologisch – ergeben sich auch soziale und wirtschaftliche.

70,9% der Europäer haben gentechnisch veränderte Lebensmittel generell abgelehnt; 59,4% waren der Meinung, der Einsatz von gentechnisch veränderten Organismen sei für die Umwelt schädigend [vgl. Greenpeace Redaktion: „Keine Gentechnik in unser Essen“, (28.11.2002), http://www.greenpeace.de/themen/gentechnik/nachrichten/artikel/keine_gentechnik_in_unser_essen/ (13.10.2009)].

¹¹ Vgl. Scheper, T.: „Biotechnologie – Ein Beitrag zur Nachhaltigkeit?“, in: Zentrum für Umwelt und Kultur Benediktbeuern: *Biotechnologie. Ein Beitrag zur Nachhaltigkeit?*, München 2000, 26–31, hier 29.

¹² Vgl. „Gen-Food ist nicht erwünscht. 90 Prozent für klare Kennzeichnung“, (06.11.2003), <http://www.naturkost.de/meldungen/2003/031106genv1.htm> (13.10.2009).

¹³ Vgl. o. A. „One in two Europeans believe biotechnology will improve quality of life“, (19.06.2006) www.ec.europa.eu/research/press/2006/pr1906en.chf (13.10.2009).

Gesundheitliche Risiken – für Mensch und Tier: Produktion schädlicher Stoffwechselprodukte (Toxine); Übertragung allergener Potenziale; Übertragung von Antibiotikaresistenzen (horizontaler Gentransfer).

Wegen der Ungenauigkeit im Prozess der Genübertragung in die DNA des Zielorganismus (Positionseffekt) und aufgrund der Tatsache, dass ein Gen meist mehr als nur eine Wirkung hat (Pleiotropie), ist mit verschiedenen Nebeneffekten und unbeabsichtigten Effekten (*uninteded effects*) zu rechnen. Diese Effekte werden als Achillesferse der Gentechnik bezeichnet.¹⁴ Besonders gravierend sind jene, die sich auf die Gesundheit von Mensch und Tier auswirken können, wie die Produktion toxischer Substanzen oder allergener Potenziale. Die Entstehung von Antibiotikaresistenzen kann auch als Nebeneffekt bezeichnet werden, wenn diese Resistenzen durch die als Selektionsmarker¹⁵ benützten Antibiotikaresistenzgene hervorgerufen werden.

Als gv-Produkte werden alle gv-Pflanzen (Energie-, Nahrungs- und Futterpflanzen) betrachtet. Dazu zählen alle Produkte, die mit Hilfe gentechnisch veränderter Mikroorganismen hergestellt werden. Während die aus gv-Pflanzen gewonnenen Produkte für die Verbraucher eine direkte Gefahr darstellen, sind tierische Produkte von jenen mit gv-Futter gefütterten Tieren eine indirekte Gefahr.

Ökologische Risiken – für Umwelt und Ökosysteme: jede Kreuzung (auch Auskreuzungen) stellt einen vertikalen Gentransfer und jede Genübertragung von einer Pflanze auf andere Organismen (Mikroorganismen, nicht kreuzbare Pflanzen, Tiere und Menschen) einen horizontalen Gentransfer dar.¹⁶

Von den gv-Pflanzen ausgehend werden bestimmte ökologische Risiken im Bezug auf die Auswirkungen an so genannte Ziel- und Nicht-Ziel-Organismen diskutiert. Es geht *erstens* um die Auswirkungen der komple-

¹⁴ Die Bedeutung dieser Phänomene erkennt auch die Europäische Ethikgruppe die das in ihrem Dokument – Opinion No. 24 von 17. Dezember 2008 thematisiert (vgl. The European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission: „Ethics of modern developments in agriculture technologies“ (17.12.2008), http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/opinion24_en.pdf (13.10.2009), 91).

¹⁵ Um gentechnisch veränderte Zellen von unveränderten unterscheiden zu können und sie weiter zu entwickeln, wurde an das gewünschte Gen auch ein Antibiotikaresistenzgen gekoppelt, das auf einem antibiotikareichen Nährboden nur erfolgreich gentechnisch veränderte Zellen wachsen lässt.

¹⁶ Daher sind alle gentechnischen Methoden ein horizontaler Gentransfer.

mentären Herbizide der herbizidresistenten Pflanzen und *zweitens* um die Bt-insektenresistenten transgenen Pflanzen. *Drittens* werden auch manche Befürchtungen geäußert hinsichtlich der Auswirkungen der gv-Pflanzen auf Mikroorganismen, besonders auf Boden- und Darmbakterien. Wegen vielfältiger Resistenzbildungen in der Verbindung mit dem Anbau von gv-Sorten nimmt auch der Verbrauch an Chemiepräparaten in der Landwirtschaft zu.

Eine der häufigsten Fragen seit der Einführung der gv-Kultursorten in die Landwirtschaft stellt sich im Bereich der Biodiversität, wo es nicht nur um die so genannte Artenvielfalt geht, sondern auch um die Vielfalt innerhalb von Arten. Es zeichnen sich zwei Gebiete ab: *erstens* die natürliche Vielfalt von Arten, Genen und Ökosystemen, wobei auch Unkräuter und Schadorganismen zur natürlichen Vielfalt gehören; *zweitens* die Vielfalt der Kulturpflanzen oder die landwirtschaftliche Biodiversität.

Laut verschiedener FAO-Quellen ist die genetische Vielfalt von Ackerpflanzen allein im letzten Jahrhundert um 75% verloren gegangen; mehr als 80% der Menschen ernähren sich von nur noch 10 Nahrungspflanzen; die Sortenauswahl schrumpft immer mehr und ist massiv bedroht durch die Aufnahme der Saatgutfirmen in die großen Agrochemiekonzerne, die fast die gesamte Pflanzenzüchtung bestimmen und hierbei besonders stark gerade die gentechnische Züchtung fördern.

Unter *sozioökonomischen Aspekten* richtet sich das Hauptaugenmerk auf die Abwanderung der landwirtschaftlichen Arbeitsplätze, steigende ökonomische Abhängigkeit der Bauern von den Agrochemiekonzernen und ihre allgemeine Verarmung, besonders in den Entwicklungsländern, wo die Bauern zunehmend zu Hilfsarbeitern einiger weniger Großkonzerne werden. In einem vor kurzem durchgeführten Projekt wurden gerade diese sozioökonomischen Auswirkungen, besonders in den Entwicklungsländern, genauer untersucht. Die Ergebnisse konnten verdeutlichen, dass *„ökologische und gesundheitliche Auswirkungen gar nicht so sehr im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen über den Einsatz transgenen Saatguts stehen, sondern letztlich vor allem die sozioökonomischen Konsequenzen sowie Fragen der gesellschaftlichen Teilhabe und des Interessenausgleichs“*.¹⁷ Besorgniserregend ist

¹⁷ Sauter, Arnold: Transgenes Saatgut in Entwicklungsländern – Erfahrungen, Herausforderungen, Perspektiven. Endbericht zum TA-Projekt „Auswirkungen des Einsatzes transgenen

auch die starke Einflussnahme von Seiten der Großkonzerne auf die Biopolitik der Regierungen und gerade auf die Gesetzgebung.

Rechtsethische Dilemmata

Ohne weiteres sind sowohl gesundheitliche als auch ökologische, soziale und wirtschaftliche Aspekte für eine ganzheitliche ethische Beurteilung der grünen Gentechnik sehr wichtig, aber um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, widmen wir uns hier mehr einer juristischen Ebene. Die juristische Ebene fällt besonders ins ethische Gewicht wegen der Tragweite ihrer Entscheidungen, sowohl für die gegenwärtigen als auch für die zukünftigen Generationen, indem die Weichen durch gesetzliche Rahmen- und Forschungsbedingungen langfristig gestellt werden. In diesem Bereich sind besonders folgende Inhalte fraglich: Patentierung des Lebens; Freisetzung der gv-Organismen und Kennzeichnung der gv-Produkte.

Patentierung des Lebens – die Gemüter werden besonders erregt durch die s.g. „Biopatentrichtlinie“ (EU-Richtlinie 98/44/EG) und ihre Regelung des rechtlichen Schutzes von biotechnologischen Erfindungen durch Patente auf ganze Organismen und ihre Teile (Gene und Gensequenzen), weniger auf biotechnologische Verfahren. Der weit gespannte Diskurs der Grünen Gentechnik geht von der Frage aus, ob das Erbgut überhaupt zum Gegenstand eines „Eigentumsrechtes“ zu machen ist, da solches einerseits die Würde, gerade die Heiligkeit des Lebens verbietet, andererseits werden Gene nicht erfunden, sondern allenfalls entdeckt.¹⁸ Für das Patentwesen ist die Unterscheidung zwischen grundsätzlich patentfähigen Erfindungen und nicht patentierbaren Entdeckungen von entscheidender Bedeutung.¹⁹ Ferner geht es um die Auswirkungen, die solche Patente auf die Anwen-

Saatguts auf die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Strukturen in Entwicklungsländern“, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Arbeitsbericht Nr. 128, Bonn, November 2008, 255.

¹⁸ Vgl. Heyer, M.: Rechtspraxis, Richtlinien, Internationale Abkommen, in: Heine, Nicol et al.: Basisreader der Moderation zum Diskurs Grüne Gentechnik des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft – BMWL, Bonn – Berlin, 2002, 54–90; hier 78.

¹⁹ Einerseits wird damit eine Verleihung der Monopolrechte auf etwas ohnehin Bestehendes vermieden, andererseits wird eine mögliche volkswirtschaftliche Schädigung ausgeschlossen, die durch zu breite Schutzrechte entstehen könnte (vgl. Mieth, D.: Was wollen wir können, Freiburg et al. 2002, 305–306). Während Entdeckungen durch bloßes Beobachten entstehen, bereichern sie das menschliche Wissen, Erfindungen entstehen durch aktives Eingreifen und somit bereichern sie das menschliche Können.

und kommerzielle Vermarktung der gentechnisch veränderten Pflanzen haben, wie beispielsweise in Bezug auf Sortenschutz, Züchter- und Landwirteprivileg und damit verbundene Auswirkungen auf die Entwicklungsländer.

Freisetzung der gv-Organismen – bei der Freisetzung der gv-Organismen, in unserem Fall der gv-Pflanzen, ist besonders die Koexistenz- und die Haftungsregelung fraglich. Das europäische Recht unterscheidet dabei zwischen den Risiken für die Umwelt und den wirtschaftlichen Risiken für Landwirte, die sich für konventionelle Pflanzen entschieden haben. Das ist ein politischer Kompromiss, der gv-Landwirtschaft parallel mit anderen Formen ermöglichen soll. Die Haftungsregelung ist sehr fraglich, besonders wenn es um die Einhaltung der „guten fachlichen Praxis“ geht. In der EU ist nur Bt-Mais zugelassen,²⁰ so dass eine „gute fachliche Praxis“ in diesem Fall den Abstand zum benachbarten Feld vorschreibt (bei einer konventionellen Landwirtschaft soll der Abstand von 150 Meter und bei einer ökologischen Landwirtschaft 300 Meter gehalten werden).

Die Parallelität beider Anbauweisen bedroht direkt die Autonomie der Landwirte und wirkt sich im Endergebnis indirekt auch auf die Wahlfreiheit der Verbraucher aus.

Kennzeichnung der gv-Produkte – die Wahlfreiheit der Verbraucher ist aber direkt herausgefordert durch die Art und Weise der Kennzeichnung und durch den Schwellenwert bei 0,9% der gv-Anteile. Eine Zeit lang war es nicht möglich, ein Produkt als *Gentechnikfrei* bzw. *Ohne Gentechnik* zu kennzeichnen, aber nach langem Hin und Her wurde der Weg zu einer einheitlichen Kennzeichnung geebnet.

Problematisch bleibt nach wie vor der Schwellenwert bei 0,9% der gv-Anteile, was eigentlich bedeutet, dass ein Produkt bis zu diesem Wert soviel gv-Anteile beinhalten darf ohne als gv-Produkt gekennzeichnet zu sein.

²⁰ Wobei es durch Bundesagrarministerin Ilse Aigner (CSU) am 14. April 2009 ein vorläufiges Aus für den gv-Mais MON810 gab.

Schlussbemerkungen

Die mangelnde Akzeptanz der Grünen Gentechnik in der Öffentlichkeit ist auch auf solche Gesetzgebungen und Regulative zurückzuführen. All diese Versuche zeugen auch von einem Bemühen der Politik, der Wirtschaft und der Industrie, in den für die Gesellschaft wichtigen Entscheidungen die Menschen miteinzubeziehen und nicht über ihre Köpfe hinweg zu entscheiden. Diese Lösungen sind mehr oder weniger gelungene Kompromisse, ohne die in einer pluralistischen Gesellschaft ein Fortschritt nicht mehr möglich wäre.

Ein Fazit über die Grüne Gentechnik wäre: Nach dem neuesten Stand des Wissens und der Erfahrung geht es in der Sache weder um ein *Ja* oder *Nein*, noch um ein *pauschales Pro* oder ein *klares Kontra*, sondern viel mehr um ein *Wie*, weil „das Innovationspotenzial der Grünen Gentechnik Möglichkeiten eröffnet, etablierte Methoden im Pflanzenschutz und in der Pflanzenzüchtung sinnvoll zu ergänzen und zu erweitern“.²¹ Diese sollen klug und allgemein nützlich eingesetzt werden – vor allem wegen der Einschätzung, dass die kommerziell verfügbaren und auch die in fortgeschrittener Entwicklung befindlichen transgenen Pflanzensorten nur einen beschränkten Ausschnitt möglicher Züchtungsziele repräsentieren, aus denen sich ergibt, „dass eine erneute Prüfung und Bewertung zukünftiger Problemlösungspotenziale gentechnischer Ansätze durchaus nahe liegt – aber im Rahmen einer ergebnisoffenen Optionenprüfung“.²²

Deswegen ist es sehr wichtig die Zukunft der Grünen Gentechnik und die moderne Landwirtschaft mit ihrer Nahrungs-, Futter- und Bioenergieproduktion durch innovationsfördernde, rechtliche Rahmenbedingungen unter Beteiligung der interessierten Öffentlichkeit zu gestalten.

ANGELIKA WALSER

DIE ANDERE STIMME: FRAUEN UND BIOETHIK

1. Vorbemerkung und Einführung

Ganz herzlich möchte ich mich bei Ihnen für die Einladung nach Ungarn bedanken. Ich freue mich heute bei Ihnen zu sein. Bei längerem Nachdenken, welche Assoziationen ich bisher zu Ungarn hatte sind mir neben den üblichen Touristenklischees Sándor Márai und Gusztav eingefallen. Die Werke des ersten stehen bei mir zuhause im Bücherregal und bei allem Respekt vor dieser großartigen Literatur hatte ich doch immer die Ahnung, dass das Ungarn von heute vermutlich ein anderes ist. Dank Gusztav habe ich nun die Gelegenheit, das reale Ungarn von heute kennenzulernen. Außerdem gibt Gusztav mir die Gelegenheit, „die andere Stimme“ zu Wort kommen zu lassen. „Die andere Stimme“ – das ist der Titel eines Buches, das 1982 erschienen und damit eigentlich schon ziemlich alt ist, das feministische Ethik aber bis heute beschäftigt und auch die Bioethik nicht unberührt gelassen hat. Ich werde darauf zurückkommen.

Hier ist nun ganz selbstverständlich ein Stichwort gefallen, von dem ich nicht weiß, wie es in Ihren ungarischen Ohren klingt: Feminismus, feministische Ethik. Österreichische und deutsche Ohren jedenfalls reagieren nach wie vor ein bisschen empfindlich auf dieses Wort. Als Vortragende kann man bei seiner Erwähnung in den Gesichtern ein ganzes Bündel von Erwartungen und Vorurteilen aller Art ablesen, zumal im katholischen Umfeld. Feminismus wird hier nach wie vor oft gleichgesetzt mit „Hass auf alle Männer“, Parolen wie „Mein Bauch gehört mir“ oder die Rede von Embryonen als „Zellhaufen“ usw. usw. Bei etwas differenzierteren und vor allem jüngeren Zeitgenossen beiderlei Geschlechts herrscht meist die Ansicht, Feminismus sei heute nicht mehr aktuell, denn schließlich seien die Frauen sowieso gleichgestellt. Ich habe gerade einen dreimonatigen Forschungsaufenthalt in den USA hinter mir und war angenehm überrascht, wie im Gegensatz dazu amerikanische Philosophie und Theologie ganz selbstverständlich feministische Theorien und Genderforschung in ihre

²¹ O. A.: „Grüne Gentechnik: Gentechnik in der Landwirtschaft“ (2.10.2009) http://www.iva.de/branche_verband/br_biotechnologie.asp, (13.10.2009).

²² Sauter, Arnold: Transgenes Saatgut in Entwicklungsländern – Erfahrungen, Herausforderungen, Perspektiven. Endbericht zum TA-Projekt „Auswirkungen des Einsatzes transgenen Saatguts auf die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Strukturen in Entwicklungsländern“, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Arbeitsbericht Nr. 128, Bonn, November 2008, 268.

Diskussion mit einbeziehen. Ich hoffe, Ihnen heute ein bisschen von diesem Geist vermitteln zu können.

Feminismus ist eigentlich längst keine adäquate Bezeichnung mehr. Ich spreche lieber von verschiedenen Feminismen bzw. feministischer Theoriebildung und möchte Ihnen heute zeigen, wie diese Vielfalt an Ansätzen Bioethik und Medizinethik beeinflussen kann und übrigens immer schon beeinflusst hat. Rein historisch waren in Amerika unter den ersten Bioethikern ja nicht nur Theologen, sondern auch – und zwar sehr prominent – Theologinnen, hier besonders die feministische Pastorin Karen Lebacqz, eine Vertreterin der freikirchlichen United Church of Christ. Bis heute sind feministische Theologinnen aller möglichen Konfessionen nicht nur in den USA, sondern auch beispielsweise in der Schweiz in nationalen Ethikkommissionen vertreten. So unterschiedlichen feministischen Richtungen diese Theologinnen auch angehören mögen, so eint sie dennoch das grundsätzliche Anliegen aller Feminismen, wie es Allison Jaggar formuliert hat, nämlich *„das explizite Engagement... Ethik neu zu bedenken, und zwar in Hinblick auf jedwede Form eines male bias [einseitig männliche Ausrichtung; Anm. d. Verf.], der in ihr enthalten sein mag. Feministische Ethik... bemüht sich um die Identifizierung und Hinterfragung all jener Weisen, in denen die westliche Ethik Frauen ausgeschlossen oder ihre Unterordnung rationalisiert hat, egal ob diese Formen der Unterordnung offensichtlich sind, oder ob sie, wie es häufiger und schädlicher (folgenreicher) geschieht, verdeckt werden. Ihr Ziel ist, sowohl praktische Handlungsanleitungen als auch theoretische Möglichkeiten für ein Verständnis der Natur von Moralität zu entwickeln, welches die Interessen von jeder Frau oder Gruppe von Frauen den Interessen irgendeines anderen Individuums oder einer anderen Gruppe weder offen noch verdeckt unterordnet.“*¹

Im Anschluss an Alison Jaggar hat die Wiener Philosophin Herlinde Pauer-Studer drei Minimalbedingungen formuliert, denen jeder feministische Ansatz genügen muss:

„1.) Die Diskriminierung der Frau ist moralisch falsch; 2.) eine Moraltheorie hat die moralischen Erfahrungen von Frauen gleichermaßen wie jene der Männer zu berücksichtigen [...] 3.) Die gesellschaftliche Ausgangslage von Frauen und

¹ Jaggar, Alison M.: *Feministische Ethik*, in: Nagl-Docekal, Herta und Pauer-Studer, Herlinde, *Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik*, Frankfurt a. M.: Fischer, 1993, 195.

*Männern ist ungeachtet aller formalen Gleichheitsgrundsätze nicht die gleiche; ein Umstand, der eminente Konsequenzen bezüglich moralischer Problemstellungen und indirekt der Moraltheorien nach sich zieht.“*²

Nach dieser einleitenden Grundsatzfeststellung über das Anliegen aller Feminismen möchte ich Ihnen jetzt zumindest grob skizzieren, welche Ar-scheiden lassen und welche Bedeutung diese Richtungen jeweils für den Bioethik-Diskurs haben.

2. Feministische Theoriebildung und ihre Bedeutung für den Bioethikdiskurs: Vom Gleichheitsfeminismus zur Postmoderne

Geschichtlich gesehen ist der sog. „Gleichheitsfeminismus“ die erste Richtung feministischer Theoriebildung. Er ist geprägt durch das Engagement der ersten beiden Frauenbewegungen um die Zeit der Jahrhundertwende des 20. Jahrhunderts bzw. im Zuge der 68er-Revolution. Hier ging es zunächst einmal um die Gleichheit der Rechte von Männern und Frauen. Feministinnen erkämpften sich das Recht auf politische Mitbestimmung genauso wie das Recht auf gleiche Bildungsmöglichkeiten. Für feministische Pionierinnen im Gebiet der Bioethik wie beispielsweise die bis heute umstrittene Margaret Sanger in den USA (1879-1966) ging es bereits Anfang des 20. Jahrhunderts um das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper: Gegen das Establishment ihrer Zeit und vor allem gegen die katholische Kirche focht sie für weibliche Selbstbestimmung durch Geburtenkontrolle, wobei sie sich nicht nur vom Leid der hohen Kinder- und Frauensterblichkeit berühren ließ. Vielmehr begriff sie Geburtenkontrolle als Weg zum großen Ziel von Gleichberechtigung in der Ehe, Würdigung der Mutterschaft, Wissen um den eigenen Körper und – damit verbunden – Lust an der Sexualität und zwar innerhalb oder auch außerhalb der Ehe.³ Frauen sollten die gleichen Rechte und Freiheiten genießen, die den Männern ganz selbstverständlich von Rechts wegen und öffentlich zukamen oder zumindest stillschweigend im Privaten zugestanden wurden.

² Pauer-Studer, Herlinde: *Moraltheorie und Geschlechterdifferenz. Feministische Ethik im Kontext aktueller Fragestellungen*, in: ebd., 36.

³ Walsh Coates, Patricia: *Margaret Sanger and the Origin of the Birth Control Movement, 1910-1930. The Concept of Women's Sexual Autonomy*, Lewiston, Queenston, Lampeter: The Edwin Mellen Press, 2008.

Allerdings – das zeigt eindrucksvoll schon dieses bereits erwähnte frühe Zeugnis feministischen Kampfes für sexuelle Autonomie durch Geburtenkontrolle – gab es hier für den sog. Gleichheitsfeminismus ein ernstzunehmendes Hindernis: der Frauen-Körper. Insbesondere die ihm eigene Möglichkeit der Schwangerschaft schien Frauen immer wieder aufs Neue auf ein typisch weibliches und damit „körperlich-natürliches“ Schicksal festzulegen: Schwangerschaften und Kinder und mit ihnen ein Ausgeliefertsein an den Mann, welcher – beispielsweise nach Darstellung Simone de Beauvoirs – einerseits Kindern und Frauen ihre Existenz sicherte, diese Existenz aber andererseits auch völlig bestimmte. Selbstbestimmung der Frau und der weibliche Körper erschienen somit als Kontrahenten. Jegliche Möglichkeit, ein weiblich-körperliches Schicksal irgendwie unter Kontrolle zu bringen, wurde daher frenetisch als die Befreiung vom weiblichen Körper begrüßt. Die soeben erwähnte Simone de Beauvoir (1908–1986) schreibt in ihrem Klassiker „Das andere Geschlecht“: *„Die künstliche Befruchtung ist der Endpunkt einer Entwicklung, die es der Menschheit ermöglichen wird, die Fortpflanzungsfunktion zu beherrschen. Diese Veränderungen haben insbesondere für die Frau eine ungeheure Bedeutung: sie kann die Zahl ihrer Schwangerschaften beschränken, kann sie vernünftig in ihr Leben einordnen, statt deren Sklave zu sein. Auch die Frau befreit sich im Laufe des 19. Jahrhunderts von der Natur: sie gewinnt die Herrschaft über ihren Körper.“*⁴

Auch wenn der Optimismus dieser Aussagen sich bald in sein Gegenteil verkehren sollte, so bleibt aus dieser Zeit des Gleichheitsfeminismus doch eine Forderung zurück, die bis heute für eine geschlechtersensible Bioethik von Bedeutung und meines Erachtens unumkehrbar ist, nämlich die Forderung nach einem Recht von Frauen auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper. In feministischer Ethik, auch katholischer Provenienz, ist von diesem Recht auf reproduktive Autonomie bis heute die Rede, zumindest – so beispielsweise bei Hille Haker – in Form eines negativen Abwehrrechts:⁵ Keine Institution kann über den Körper von Frauen verfügen und ihnen die letzte Entscheidungsautorität absprechen. Damit sind Zwangssterilisationen im Namen von staatlich verordneter Bevölkerungspolitik

⁴ Simone de Beauvoir: Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau, Hamburg: Rowohlt, 2003, 167f.

⁵ Haker, Hille: Präimplantationsdiagnostik und die Veränderung der Elternschaft, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), 361–378; hier: 369.

genauso wenig denkbar wie ein Gebärzwang gleich welcher Art. Allerdings zeigt sich interessanterweise geschichtlich gesehen von Anfang an eine Crux dieser Formulierung von Selbstbestimmung als Kontrolle über den eigenen Körper, nämlich in der Vorstellung eines Rechts auf eugenische Selektion, das sich bereits bei der vorher erwähnten Margaret Sanger finden lässt. Diese Vorstellung ist – das sollten wir bei aller notwendigen Kritik nicht vergessen – auf die damals schon geltende Erfahrung einer gesellschaftlichen Realität zurückzuführen, die vor allem oder ausschließlich von Frauen Fürsorge-Arbeit für ein Kind mit Behinderung erwartet.

Es ist jedoch nicht nur dieses eugenische Gedankengut, das die Rede von der Autonomie von Frauen stark belastet. Die Definition einer Autonomie von Frauen als einem reinen „Right to Choose“⁶ – wie ein Publikationsklassiker der feministischen Sozialethikerin Beverly Harrison im Kontext der Abtreibungsdebatte lautet – also die Forderung nach Wahlfreiheit erscheint vielen feministischen Bioethikerinnen heute als ungenügend.

Hauptverantwortlich für diese Skepsis gegenüber dem Gleichheitsfeminismus mit seinem Optimismus gegenüber Gleichberechtigung und Selbstbestimmung ist eine Strömung, die 1982 mit der Veröffentlichung der Entwicklungspsychologin Carol Gilligan „Die andere Stimme“ beginnt und bis heute feministische Theoriebildung beschäftigt: Ich spreche von einer „Weiblichkeits-Moral“⁷, auf der dann verschiedene Entwürfe sog. „femininer“ Ethiken beruhen. Zeitgleich bildet sich der sog. Differenzfeminismus heraus. Beide, Weiblichkeitsethiken und differenzfeministische Ansätze, werfen dem Gleichheitsfeminismus vor, letztlich in männlichen Kategorien zu verharren und Maßstäbe und Schlüsselbegriffe kritiklos auf Frauen anzuwenden, ohne die Besonderheit weiblicher Erfahrung zu berücksichtigen. Im Zentrum der Kritik befinden sich insbesondere die in der Tradition der Aufklärung stehenden Prinzipien der rational begründeten Autonomie, der Gerechtigkeit, der Unparteilichkeit und der Gegen-

⁶ Harrison, Beverly: Our Right to Choose. The morality of procreative choices, in: Women's Consciousness, Women's Conscience. A Reader in Feminist Ethics, ed. by Hilbert Andolsen, Barbara – Gudorf, Christine E. – Pellauer, Mary D., Minneapolis – Chicago – New York: Winston Press, 1985, 101–120.

⁷ Schnabl, Christa: Feminismus und Ethik. Zu Herausforderungen der Ethik durch den Feminismus, in: Merks, Karl-Wilhelm (Hrsg.), Verantwortung – Ende oder Wandlungen einer Vorstellung? Münster: LIT, 2001, 241–255.

seitigkeit, die in Vertragstheorien Ausdruck finden. Sie gelten als typisches Merkmal einer männlichen Ethik. Gegenentwürfe einer weiblichen Ethik betonen dagegen Relationalität, Verantwortung und Fürsorge = „Care“ für den anderen. Ich werde auf diese Care-Ethik zurückkommen.

Für die Bioethik bedeutet differenzfeministisches Denken, dass die Forderung nach Kontrolle des weiblichen Körpers durch Technik nun als typisch männliches Paradigma begriffen wird, das aufzugeben das Gebot der Stunde ist. Insbesondere die In-Vitro-Fertilisation erscheint Kritikerinnen der Biotechnologie als Paradebeispiel einer typisch männlichen Haltung der Objektivierung und Distanzierung gegenüber der Natur, die erst die Möglichkeit zur Unterwerfung der Natur – und damit auch des Frauenkörpers – schafft. Leihmutterchaft, Klonen und die künstliche Gebärmutter sind Ausdruck der Zerlegung und Instrumentalisierung des Frauenkörpers, dessen Einzelteile dem Patriarchat nun sein Fortbestehen sichern helfen, indem Frauen als Brutmaschinen ausgebeutet werden – soweit jedenfalls die Argumentation einer der pointiertesten Kritikerinnen der Biotechnologie, Gena Corea in ihrem Buch „Die Muttermaschine“.⁸ Eine etwaige Autonomie von Frauen wird dabei mit Füßen getreten und existiert de facto nicht mehr. Frauen sollen mit ihren Körpern möglichst perfekte Produkte liefern, ohne die Instrumentalisierung ihrer eigenen Körper zu erkennen. *Echte* Autonomie von Frauen besteht hier gerade im politischen Protest gegen Biotechnologie und in ihrer Verweigerung. In der Praxis findet die mehr oder weniger radikale Kritik des Differenzfeminismus in der Gründung vieler feministischer Frauen-Netzwerke gegen Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik Ausdruck, die bis heute existieren. Allerdings stellen Vertreterinnen dieser Netzwerke resigniert fest, dass der Zulauf zu ihren Aktionen und Veranstaltungen endenwollend ist. Im Gegensatz zu allen Warnungen fordern ihre Geschlechtsgenossinnen die Erweiterung von biotechnologischen Möglichkeiten, wie beispielsweise eine 2008 unter dem Titel „The Janus Face of Prenatal Diagnostics“ erschienene europäische Studie über Pränataldiagnostik

⁸ Corea, Gena: Muttermaschine. Reproduktionstechnologien – von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter. Berlin: Rotbuch, 1986.

belegt.⁹ Nach dieser Studie heißen Frauen mit einer satten Mehrheit in ganz Europa den Ausbau pränataldiagnostischer Methoden willkommen, auch wenn aus den psychoanalytischen Einzelinterviews dieser Studie die Schwierigkeit und häufig auch die Tragik der Entscheidung über Abbruch oder Fortsetzung einer Schwangerschaft klar hervorgeht. Die Suche nach Selbstbestimmung im Kontext der Biotechnologie hat für Frauen in der Praxis jedenfalls niemals aufgehört, auch wenn der Differenzfeminismus die theoretischen Debatten um die Autonomie für wenig zielführend erklärt hat.

Wie stellt sich feministische Theoriebildung und ihre Auswirkung auf bioethische Diskurse heute dar? *Erstens* einmal existiert die scharfe Trennung zwischen Gleichheits- und Differenzfeminismus nicht mehr: Vertreterinnen liberalistischer Gleichheitskonzepte fordern die Berücksichtigung typisch weiblicher Erfahrungen und eine Neuformulierung des traditionellen Autonomieparadigmas in Konzepten sog. „relationaler Autonomie“, ein Dachbegriff für verschiedene Ansätze, der die Suche nach dem Kompromiss zwischen einem unabhängigen und einem in Beziehung aufgehenden Selbst schon andeutet. Umgekehrt wird kaum eine Care-Ethikerin müde zu versichern, dass ihre Ausführungen selbstverständlich *nicht* auf einem essentialistischen Konzept von Weiblichkeit gleich welcher Art beruhen sollen, sei es nun biologisch oder sozial. „Gleichheit in der Differenz“ lautet also die Formel, auch in der feministischen Bioethik.

Zweitens hat in der heutigen feministischen Bioethik meiner Wahrnehmung nach die radikale Ablehnung von Biotechnologie mittlerweile einer Art „Opfer-Diskurs“ Platz gemacht, den viele Arbeiten feministischer Bioethik mit dem theologischen Diskurs gemeinsam haben: Frauen erscheinen hier nicht mehr als Subjekte, sondern als entschuldigungswürdige und hilflose Objekte der Biomedizin. Unter sozialem Druck stehend, konsumieren sie jede Technologie, um gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen. Ich persönlich glaube nicht, dass diese Darstellung der Realität und der Tatsache, dass Frauen verantwortliche moralische Subjekte sind, wirklich gerecht wird. Vielleicht weist dieser Opferdiskurs, in dem sich die Ent-

⁹ The Janus Face of Prenatal Diagnostics. A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis and Medicine. Ed. by Leuzinger-Bohleber, Marianne – Engels, Eve Marie – Tsiantis, John. London: Karnac, 2008, 103; 107.

3.1 „Die andere Stimme“ und ihre Repräsentanz in ethischen Gremien

Auf dem vorher schon erwähnten Kongress „Bioethics and Women“ lautete der Eröffnungsvortrag der englischen Bioethikerin Donna Dickenson: „Gender and ethic committees: where's the different voice?“ Ausgehend von einer Befragung für ein Projekt der Europäischen Kommission namens INES (Institutionalising Ethics in Science Policy) stellte sie die Tatsache dar, dass Frauen insbesondere in Ethikkomitees auf höchster politischer Ebene wie beispielsweise im Ethikkomitee der UNESCO oder auch der Weltgesundheitsorganisation kaum vertreten sind, obwohl gerade diese Komitees ja eine hohe symbolträchtige Funktion haben. „Die andere Stimme“ wird also wenig gehört und das, obwohl gerade in der Bioethik ein überproportional hoher Anteil an Themen dominiert, welche den weiblichen Körper betreffen.

Nur sehr wenige Länder wie die Schweiz haben eine vorgeschriebene Quote von 25 Prozent für Frauen. Bulgarien beispielsweise hat seine Quote als Erbe des Kommunismus wieder abgeschafft. Österreich ist mit 10 Frauen von insgesamt 25 Mitgliedern in der österreichischen Bioethikkommission sicher international eine Ausnahme, wobei man auch sagen muss, dass sich dieses Verhältnis erst seit kurzem und unter dem Vorsitz einer Frau ergeben hat.

Erklärungen für die generelle mangelnde Repräsentanz von Frauen vor allem in internationalen Ethikkomitees sind vielfältig: Sie reichen von der Bestellung in diese Komitees durch persönliche Einladung und „old boys“-Netzwerke bis hin zur Tatsache, dass Frauen in den meisten europäischen Ländern nicht in Spitzenpositionen in der Forschung vertreten sind. Generell sprechen Dickenson und andere von einer „vertical“ und einer „horizontal segregation“. Die „vertical segregation“ umfasst die Tatsache, dass Frauen auf lokaler Ebene, beispielsweise als Krankenschwester in einem Ethikkomitee einer Klinik, sehr wohl vertreten sein können, dass ihre Zahl aber nach oben hin, also auf nationaler und schließlich auf internationaler Ebene erheblich abnimmt oder völlig zu vernachlässigen ist. Von „horizontal segregation“ ist die Rede, wenn innerhalb eines Komitees beispielsweise zwischen „Laien“ und „Experten“ unterschieden wird – eine Unterscheidung, die zwar Frauen als Laien einen höheren Anteil an Repräsentanz bringen kann, ihren Beitrag aber traditionell als „erfahrungs-

bezogen“ und daher „weich“ (=soft) begreift, während die Experten die eigentlichen harten Fakten präsentieren. Beide Formen der „segregation“ sind sowohl in Ost- als auch in Westeuropa zu finden, wobei in Osteuropa auffällt, dass die Zahl der Frauen, die um die Finanzierung eines internationalen Spitzenforschungsprojekts ansucht, noch geringer zu sein scheint als in Westeuropa. Jedenfalls möchte ich Ihnen auf keinen Fall das Zitat der Ungarin Dora Groo vorenthalten, Mitglied der sog. „Enwise report group“ der Europäischen Kommission (enwise = Expand Women in Science to the East): „Sometimes I compared the number of men and women submitting proposals to our organisation for international research grants, and I observed that there was a shocking difference in numbers. I slowly understood that the bosses at most of the institutions submitted the proposals under their own names, while the female colleagues ... had the right to prepare the proposal and later to take part in the co-operation activities.“¹²

Dass „die andere Stimme“ zu wenig gehört wird, daran besteht sicher kein Zweifel. Ich habe Donna Dickensons Beitrag auf der Konferenz in Wien hier extra so ausführlich zitiert, weil ich damit belegen wollte, dass feminine Ethiken nicht als Aufforderung an Frauen zum Rückzugs ins Private verstanden werden sollten, sondern selbstverständlich öffentlich-politische Implikationen haben. Allerdings muss sicher festgehalten werden, dass allein die Anwesenheit von mehr Frauen noch kein Garant für die Durchsetzung eines care-ethischen Ansatzes darstellt. Die simple Gleichsetzung von „männlich = Technik = abstrakt und objektiv“ versus „weiblich = Natur = gefühlvoll und subjektiv“ geht einfach nicht auf. Die Konsequenz für die ethische Argumentation müsste dann die Forderung sein, den Prinzipalismus als typisch *männliches* Ethik-Modell durch die *weibliche* Care-Ethik zu ersetzen. Donna Dickenson ist sich dieser Gefahr sehr bewusst und geht niemals soweit. Dennoch lässt sie ein Fallbeispiel für sich sprechen, das die Bedeutung der „anderen Stimme“ sehr wohl zeigen kann: Im St. Mary's Hospital London wurde 1998 der dortigen Ethikkommission folgender Fall zur Beurteilung vorgelegt: Ein internationales Expertenteam, einer davon am St. Mary's Hospital beheimatet, wollte an der Klinik die weltweit erste Handtransplantation vornehmen. Der Druck auf die dortigen Chirurgen

¹² Blagojevic, M. et al.: Waste of Talents: Turning Private Struggles into a Public Issue. Women and Science in the Enwise Countries. 33. Der Bericht ist als pdf-Datei downloaden unter www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/.../enwise-report_3.pdf.

und auch auf die Ethikexperten war enorm, schließlich war hier weltweite Reputation zu gewinnen. Der Patient hatte einen Arm beim Unfall mit einer Kettensäge verloren. Eine Reimplantation des Armes war gescheitert. Der Patient weigerte sich eine Prothese zu tragen. Stattdessen stellte er sich als Freiwilliger für eine erste Handtransplantation zur Verfügung. Die Ethikkommission diskutierte den Fall also zunächst einmal unter dem Aspekt der Selbstbestimmung. Der Patient wollte den Eingriff, ein „informed consent“ lag vor, es ging nun lediglich noch um ärztliches Können. Eine Verkürzung des Lebens durch Immunsuppression oder Entwicklung von Melanomen wie im Fall anderer Transplantationen war in diesem Fall kaum zu befürchten. Anders als bei Multiorgan-Transplantationen ging es allerdings auch nicht um eine lebensrettende Maßnahme als letztes Mittel. Dafür waren aber die Kosten sehr hoch, so dass sich die Frage nach dem Prinzip der Gerechtigkeit stellte. Zwar war der Patient bereit, die Kosten privat zu tragen, doch stellte sich die Frage, wer die Folgekosten der Transplantation tragen sollte und ob es überhaupt grundsätzlich gerecht war, derartige Operationen nur zahlungsfähigen Patienten vorzubehalten. Neben diesen klassischen prinzipialistischen Erwägungen der Bioethik, wie sie zumindest im englischsprachigen Raum verbreitet ist, betonte Dickenson als Ethikerin in der Kommission sehr bald die Frage nach der eigenen Identität und nach der körperlichen Integrität des Patienten. Die Hand hat eine starke symbolische Bedeutung: Sie ist Medium des Kontakts zur Außenwelt. Wir schütteln die Hand der anderen zur Begrüßung, wir berühren unsere Umwelt mit ihr, wir agieren mit ihr und drücken oft unser Innerstes „mit Händen und Füßen“ aus. Wie würde sich die Beziehung des Patienten zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen durch eine andere, eine fremde Hand, verändern? Wäre nicht stets die verstorbene Person, der die Hand einst gehörte, für den Patienten präsent? Hatte sich der Patient wirklich genügend mit solchen emotionalen Angelegenheiten, mit Identität und Beziehung, auseinandergesetzt? Das Ethik-Frauenanteil beschloss nach vielen Diskussionen, die Dickenson ausdrücklich als fair und ausgewogen beurteilt, die fällige Entscheidung zunächst zu verschieben und ein psychiatrisches Gutachten anzufordern, das feststellen sollte, ob der Patient kompetent genug war, eine Entscheidung zu treffen. Das Team der Transplantationschirurgen beschloss daraufhin,

die weltweit erste Handtransplantation nach Lyon zu transferieren. Sie wurde dort mit Erfolg durchgeführt, wie die Presse und einschlägige Wissenschaftszeitungen vermerkten. Kurz danach allerdings gelangte der Patient zur Überzeugung, es handle sich bei der neuen Hand um seine eigene und setzte sämtliche Medikamente zur Immunsuppression eigenmächtig ab. Zu spät realisierte er die Folgen seines Realitätsverlusts: Die Hand musste bald darauf amputiert werden, übrigens auf Wunsch des Patienten selbst, der betonte, er habe sich geistig von ihr abgelöst („I have become mentally detached from it“).

In diesem Fall hatte die „andere Stimme“, die Stimme einer Ethikerin, also keineswegs für eine Totalrevolution gegen den Prinzipalismus gesorgt. Aber sie hatte mit ihrer Betonung von Relationalität und Identität in diesem konkreten Fall für ein abgerundetes ethisches Urteil gesorgt, das von allen – ob Frauen oder Männer – mitgetragen werden konnte.

Ungeachtet solcher Einzelfälle spielt Relationalität und Bezogenheit als Grundlage Care-ethischer Ansätze noch nicht die Rolle, die beiden Kategorien an Bedeutung zukommt. Das zeigt sich in einem nächsten Punkt, nämlich bei der ausdrücklichen Kritik von Argumentationsschwerpunkten der Bioethik, die übrigens *alle* Feministinnen gleich welcher Richtung miteinander vereint.

3.2 Die „andere Stimme“ und der herkömmliche Bioethikdiskurs am Lebensbeginn

Der herkömmliche Bioethik-Diskurs in Philosophie, Theologie und Medizin rund um die Fragen des Lebensbeginns war und ist nach wie vor ganz und gar auf den Embryo fokussiert. Die Diskussion seines ontologischen und moralischen Status hat meterweise Bücherregale gefüllt, ohne jemals – und das wage ich einmal zu behaupten – zu einem Ende zu kommen. Katholische und protestantische Ethiker vereinen sich hier mit Biologen, Genetikern, Philosophen und Medizinerinnen und schauen gemeinsam fasziniert auf Bilder von Embryonen und Föten, die schwerelos im Raum zu schweben scheinen und das Wunder des Lebens repräsentieren. Ab wann personales Leben beginnt, ab wann Menschenwürde anzunehmen ist und wodurch sie zu begründen ist, beschäftigt Symposien und Lehrveranstaltungen. Dass dieser Diskurs weitgehend ohne Frauen abläuft, ist

nicht verwunderlich. Von ihrem Körper, ja von ihrer Person, wird weitgehend abstrahiert. Längst haben sich Embryo bzw. Fötus und Frau voneinander getrennt und die In-Vitro-Fertilisation drückt hier nur technologisch aus, was im Diskurs längst schon vorweggenommen war: Die Frau mitsamt ihrem Körper ist verschwunden. Stattdessen dominiert das Bild der von Expertenhand durchgeführten Injektion eines Spermiums in die Eizelle. „Die gläserne Frau“, „Der Frauenleib als Vitrine“, „Die entkörperte Frau“ – so lauten dann auch die Titel einer Vielzahl von feministischen Publikationen.

Auch im theologisch-ethischen Diskurs über den Beginn des Lebens spielen Frauen kaum eine Rolle. Die Gabe des Lebens aus göttlicher Schöpferhand kommt anscheinend völlig ohne Frauenanteil aus und lässt vergessen, dass Frauen – im Bild gesprochen – eigentlich keine Röhre sind, durch die der Schöpfer das Leben weiterleitet an den Menschen, unberührt von weiblich-körperlichen Anteilen im Sinne einer Mitverantwortung. Von dieser Mitverantwortung oder gar Selbstbestimmung von Frauen am Beginn des Lebens ist in den Werken führender deutscher Moralthologen über Bioethik nur an zwei Stellen die Rede: *Erstens* wenn der Schwangerschaftskonflikt im Kontext von Pränataldiagnostik diskutiert wird und die Autonomie der Frau ungeborenes Leben bedroht. *Zweitens* wenn Frauen nach immer mehr Biotechnologie verlangen, weil sie unter dem sozialen und vor allem eugenischen Druck der Gesellschaft stehen. Die Autonomie von Frauen ist entweder lebensbedrohlich oder sie findet ganz einfach nicht statt. Ansonsten findet die Selbstbestimmung von Frauen keine Erwähnung. Ich denke, man muss nicht Feministin sein, um sich mit solchen Aussagen bzw. Nicht-Aussagen zu begnügen. Auch hier wäre das Hören auf „die andere Stimme“ sehr heilsam, wenn ich auch zugebe, dass es viele Fragen mit sich bringt, die nicht so schnell zu lösen sind wie die relativ klare Formel der Gegenüberstellung von „Autonomie der Frau auf der einen Seite“ versus „Lebensrecht des Embryo auf der anderen Seite“. Feministinnen kritisieren bereits die dieser Aussage zugrundeliegende Trennung und Gegenüberstellung von zwei voneinander getrennten Entitäten.¹³ Die Wahrheit der Schwangerschaft ist ja eine ganz andere, näm-

¹³ Mackenzie, Catriona: *Abortion and Embodiment*. In: *Women, Medicine, Ethics and the Law*. Edited by Sherwin, Susan – Parish, Barbara. Dartmouth: Ashgate, 2002, 136–155.

lich der seltsame und völlig einmalige Fall von zwei Körpern in einem: Beide sind aufeinander bezogen, voneinander zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ganz unterschiedlicher Weise abhängig, lange Zeit gar nicht klar voneinander zu trennen. Nicht umsonst haben Frauen in der vorher schon erwähnten Studie über Pränataldiagnostik mit einer Mehrheit von ca. 70 Prozent angegeben, dass die Menschenwürde eines Embryos mit seiner Lebensfähigkeit oder auch erst mit seiner Geburt beginne.¹⁴ Nur 30 Prozent datierten die Menschenwürde auf den Zeitpunkt der Empfängnis („conception“). Gleichzeitig beharrten die befragten Frauen aber zu 98 Prozent auf der Antwort, dass ein Fötus ein wachsendes Baby und/oder ein Mensch sei.¹⁵ Die Hälfte der befragten Frauen gab außerdem an, dass er Teil ihres Körpers sei. Man kann die Widersprüchlichkeit dieser Aussagen unter vielen Aspekten diskutieren. Sie gibt aber ziemlich klar über die „gefühlte“ Realität von Frauen Auskunft: Die seltsame Realität der Bezogenheit zwischen zwei menschlichen Körpern, die beide in unterschiedlichem Maße voneinander abhängig sind und sich schließlich gegen Ende der Schwangerschaft voneinander zu lösen beginnen. Es ist schwierig bis unmöglich, hier klare Zeitpunkte festzumachen.

Die Salzburger Erklärung zur sog. Bioethik von 2001, initiiert von zwei protestantischen Theologinnen Ina Praetorius und Eva Pelkner, erklärte daher schon die Bezogenheit zwischen Frau und Kind für schutzwürdig und formulierte so eine klare Absage an alle Technologien, welche die Trennung zwischen Embryo und Frau voraussetzen, hier an erster Stelle die In-Vitro-Fertilisation. Dieser Lösungsversuch ist ein typisch differenzfeministischer Lösungsversuch: Bezogenheit und Abhängigkeit zwischen Menschen stehen im Mittelpunkt. Allerdings stellt sich hier für mich und wahrscheinlich auch für Sie sofort die Frage, ob denn Frauen selbst diese Bezogenheit zu einem von ihnen abhängigen Leben unter Umständen auflösen dürfen. Sind sie zur Fürsorge für dieses von ihnen abhängige Leben nicht geradezu verpflichtet, so dass sich ein Schwangerschaftsabbruch aus differenz- oder auch care-ethischer Perspektive von vornherein verbietet? Liefern hier Differenzfeminismus und Care-Ethik sozusagen die Munition für das absolute Nein zum Schwangerschaftsabbruch? Auch wenn es im

¹⁴ The Janus Face of Prenatal Diagnostics, 128.

¹⁵ Ebd.

katholischen Kontext vermutlich nicht gerne gehört wird, möchte ich diese Frage doch mit „Nein“ beantworten. Die Aufgabe der Entscheidungsautorität der Frau über ihren Körper lässt sich mit der Care-Ethik m. E. nicht begründen. Ganz sicher aber entspricht es einer Care-Ethik, Frauen an ihre besondere Verantwortung und Fürsorge für werdendes und verletzliches Leben zu erinnern – unter Berücksichtigung des Beziehungsaspekts allerdings nicht nur im Hinblick auf den Embryo, sondern auch für sich selbst, ihren eigenen Körper und ihr eigenes Leben mitsamt seinen Beziehungen *vor* und *in* der Schwangerschaft. Der Entschluss zu einem Schwangerschaftsabbruch zerstört ja nicht nur ein Menschenleben, sondern hat unter Umständen auch schwerwiegende Konsequenzen für das eigene Leben und das Leben anderer. Die Care-Ethik unterstützt ganz sicher einen neuen und bisher wenig beachteten Blick auf den Partner und die Familie, die von der Entscheidung zu einem Abbruch oder auch zum Austragen der Schwangerschaft wesentlich mitbetroffen und in die Verantwortung genommen sind.

Als relationale Ethik betrachtet sie auch kritisch den gesellschaftlichen Kontext, der Frauen selbst abhängig und verletzlich macht: Wenn Frauen in Ländern des Südens oder auch in Osteuropa aus wirtschaftlicher Abhängigkeit und Existenznot gezwungen sind zu Embryonen- oder Eizellspenderinnen zu werden, dann *muss* „die andere Stimme“ gegen diese Ausbeutung von Frauen-Körpern protestieren.

Care-Ethik kann und muss Beratungskonzepte prägen, welche Frauen ermächtigen, eine selbstverantwortete Entscheidung zu treffen – auch unter Umständen eine Entscheidung *gegen* das werdende Leben. Die Anerkennung und Betonung fundamentaler Abhängigkeit in vielen Phasen menschlichen Lebens billigt Frauen gerade an seinem Beginn große Macht und gleichzeitig große Verantwortung zu, zu deren Wahrnehmung Frauen alle Formen gesellschaftlicher Unterstützung brauchen, von Beratung bis zu finanzieller Hilfe. Die Last der Bestimmung über sich selbst und gleichzeitig über ein anderes Leben bleibt aber.

3.3 Zusammenfassung und Abschluss

Ich habe die Bedeutung der Care-Ethik für die Gestaltung des politischen und des theologisch-philosophischen Diskurses aufzuzeigen versucht. Ich

habe dabei Care-Ethik *nicht* als eine Sonderethik oder Tugendethik verstanden, die nur von und für Frauen nachvollziehbar wäre. Ich möchte die Care-Ethik aber auch nicht einfach als bloße thematische und methodologische Ergänzung verstehen, die eben ein wenig „emotional behübscht“, was sonst kalt, abstrakt und unparteilich ist. Ich denke, dass die Care-Ethik mit ihrer Anerkennung von Bezogenheit und Abhängigkeit menschlichen Lebens bzw. ihrer Anerkennung asymmetrischer Verhältnisse zwischen einem Stärkeren und einem Schwächeren sehr nahe bei der Lebensrealität *aller* Menschen ist. Sie kann aber nicht einfach die Diskussionen um Selbstbestimmung und Gerechtigkeit ersetzen oder ablösen – im Gegenteil: Wenn care-ethische Ansätze und mit ihnen „die andere Stimme“ eine Chance haben soll, dann ist sie auf institutionelle Rahmenbedingungen angewiesen, die von Frauen *und* Männern gemeinsam *gerecht* zu gestalten sind. Ob dabei nun Frauen oder Männer jeweils die Anliegen der Care-Ethik aufgreifen, ist letztlich nebensächlich. Hauptsache, „die andere Stimme“ wird gehört.

DIE CHANCEN DER „ANDEREN STIMME“ IN UNGARN

Ich danke Angelika für ihren großartigen Vortrag! Daran anschließend möchte ich die Frage der feministischen Ethik unter vier Aspekten diskutieren, die sich aus meiner persönlichen Situation ergeben. Diese sind folgende: als Ungar, als Mann, als Theologe und letztlich als Hochschulprofessor.

1. Als Ungar

Schauen wir uns einmal den ersten Aspekt an: als Ungar.

Der Ausdruck „Feminismus“ hat heute in Ungarn leider keinen guten Klang. *Einerseits* ist er den klischeeartigen Bildern zu danken, die beim Hören dieses Wortes in den Köpfen der Menschen erscheinen. Diese Bilder gleichen meist denjenigen radikaler feministischer Gruppen, die aus den sechziger und siebziger Jahren allen aus dem Westen gut bekannt sind. Der *andere* Grund ist in der geschichtlichen Entwicklung zu suchen: Während sich im Westen eine graduelle Emanzipation vollzogen hat, bedeutete vierzig Jahre Sozialismus und der Einfluss dieser Politik einen staatlichen Zwangs-Feminismus. Der von oben aufgezwungene Wandel machte die Frauen gegenüber jedem Gedanken misstrauisch, der in ihren Frauenrollen eine Veränderung hervorrufen wollte. Von hier aus hat der Feminismus keine guten Chancen.¹

Wenn wir uns die Rolle betrachten, die die feministische Ethik in der Bioethik und besonders in der Medizinethik spielt, dann können wir sehen, dass sie sicher wichtige Aspekte zur Lösung von ethischen Problemen im ungarischen Kontext beitragen kann. In der heutigen Situation muss sie einer zweifachen Herausforderung entgegentreten: *einerseits* sollte sie die

¹ Kovács, Gusztáv: Gender Roles in Marriage and Family in Sermons by Roman Catholic Authors in Austria, Germany and Hungary, in: Adamiak, Elzbieta, et al. (Hrsg.): Gender and Religion in Central and Eastern Europe, AMU, Poznan, 2009, 151-162.

Autonomie der Patienten, besonders der Frauen stärken und ihr Ausgeliefertsein mildern. Da kann sie sich auf Denkströmungen stützen, die in der Tradition von Kant oder Rawls stehen, und Gleichheit, Autonomie und Gerechtigkeit betonen, wie die Feministische Korrekturen, die Onora O'Neill bei Kant oder Susan Moller Okin bei der Gerechtigkeitstheorie von Rawls vorgenommen hat.² Die feministische Ethik sollte die Autonomie der Patienten, das Bewusstsein ihrer Selbstbestimmung, mit einem Wort ihre Mündigkeit fördern, gegenüber der den Paternalismus auf allen Gebieten duldenden Traditionen, die für die ungarische Gesellschaft so typisch sind. *Andererseits* könnte Care-Ethik gerade dazu beitragen, die Vorbedingungen dieser Mündigkeit zu schaffen: Es muss realisiert werden, dass im Gesundheitswesen auf der Stufe der Individuen wie der Institutionen asymmetrische Verhältnisse zwischen den Patienten und den Behandelnden bestehen. Eine Care-Ethik muss darauf ausgerichtet sein, die Patienten mitsamt ihrer weiteren Umwelt und ihren menschlichen Beziehungen zu sehen und ihre Identität zu stärken. Das ist was die Medizin davor bewahren kann den Patienten als bloße Daten, Zahlen oder als ein zu lösendes Problem zu betrachten.

Es genügt über „Erlebnisse“ von Frauen in einem Krankenhaus nach einer Geburt zu hören, um sich darauf zu besinnen, wieweit die oben erwähnten Aspekte, wie Anerkennung, Achtung von Autonomie und Relationalität, heute in Ungarn fehlen.

2. Als Mann

Kann ich als Mann feministische Ethik verstehen? Ich hoffe, dass die Antwort „Ja“ lautet. Die feministische Ethik kann darauf nicht verzichten sich jedem verständlich zu machen; sie muss also die Universalität der praktischen Vernunft annehmen. Sie kann aber, und sie soll auch, von einer anderen Sprache und einer neuen Ausdrucksweise Gebrauch machen. Sie muss Gesichtspunkte entwerfen, die die traditionellen Ethiken außer Acht gelassen haben. Wenn wir annehmen, dass Ethik im Verhältnis mit der Lebensart der Ethiker steht, dann könne wir folgendermaßen formulieren: Die Pünktlichkeit und rigorose Lebensweise Kants genügt nicht, wir brau-

² Moller Okin, Susan: Justice, gender and the family, Basic Books, New York, 1989.; O'Neill, Onora: Autonomy and Trust in Bioethics, Cambridge:Cambridge University Press, 2002.

chen auch Fürsorge, Mitleid und Erbarmen, Werte, die aus der traditionellen weiblichen Lebenswelt kommen, um an ethische Probleme angemessen und umfassend herangehen zu können. Das Problem ist, dass die heutige gesellschaftliche Realität diese Werte am wenigsten schätzt. Das Ziel könnte sein diejenigen Erfahrungen, durch welche diese Werte erfahrbar sind, für beide Geschlechter zugänglich zu machen. Die Vorbedingung dafür ist ein System, das die konkrete Situation von Männern und Frauen achtend, die Schaffung von Geschlechtergerechtigkeit anstrebt.

3. Als Theologe

Als katholischer Theologe finde ich, dass die feministische Ethik und die katholische Theologie nicht so weit von einander stehen, wie wir es oft annehmen. Obwohl Papst Johannes Paul II. und seine Auffassung über die Geschlechter, besonders das Modell der Komplementarität und sein idealisiertes Bild der Mutterschaft, von feministischer Seite oft kritisiert wurde, sich trotzdem in vieler Hinsicht mit feministischen Bestrebungen identifiziert hat, besonders, wenn er gegen die gesellschaftliche Diskriminierung von Frauen oder gegen die Verkürzung ihrer Entscheidungsfreiheit argumentierte, natürlich von der Erfahrung des Staatssozialismus der osteuropäischen Staaten ausgehend. Ähnlich sind feministische und katholische Kritiken bezüglich der Bewertung von neuen Reproduktionstechniken. Die feministische Ethik kann der Moralthologie helfen Gesichtspunkte zu entdecken, die ohne die Erfahrungen von Frauen der Aufmerksamkeit von (männlichen) Theologen entgehen würde.

Letztlich hat es die Theologie am leichtesten, wenn sie die Care-Ethik in ihrem System zu integrieren versucht, da diese gerade diejenigen (weiblichen) Werte betont, die im weiblichen Ethos der Mutter Kirche immer eine zentrale Position einnahmen: Erbarmen, Nächstenliebe und Fürsorge.³ Gerade deshalb darf die Kirche sich nicht fürchten die „andere Stimme“ zu Wort kommen zu lassen, sondern sie muss die Frauen ernst nehmen und ihnen die Möglichkeit anbieten ihre Stimme als mündige Christen hören zu lassen.

³ Schnabl, Christa: Katholizismus und Feminismus. Kirche im Dialog mit feministischem Denken, in: Quartal Zeitschrift des Forums Kunst-Wissenschaft-Medien (2005), 221–236.

4. Als Hochschulprofessor

Letztlich als Hochschulprofessor sehe ich die große Möglichkeit der feministischen Ethik darin, dass durch sie die Studenten zu einer umfassenderen Sicht der Probleme herangebildet werden können. Wie in den meisten Fragen unseres Lebens, gibt es auch in der Bioethik nur selten einfache Antworten. Die Lösung kann nicht das Ergebnis einer einfachen Deduktion von einem allgemeinen und abstrakten Prinzip sein, sondern die konkrete Person in ihrer konkreten Situation, mit ihren Beziehungen und Wünschen muss immer vor Augen gehalten werden. Ich sehe die Bedeutung der „anderen Stimme“ darin.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Slavomír DLUGOŠ, Mag. theol., Priester der Diözese Zips, Assistent am Institut für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien, Koordinator des Mitteleuropäischen Netzwerkes Bioethik.

Katica KNEZOVIĆ, Lic. phil., Dipl.-Ing. (Landwirtschaft), Dr. theol., Lehrbeauftragte an der Philosophischen Fakultät der Gesellschaft Jesu in Zagreb, Mitglied des Ethikkomitees für klinische Forschung in der Republik Kroatien.

Gusztáv KOVÁCS, Mag. theol., Dr. theol., Studien in Ungarn, Australien und Österreich, Assistentenprofessor am Lehrstuhl für Philosophie und Sozialwissenschaften an der Theologischen Hochschule Pécs (Fünfkirchen).

Sigrid MÜLLER, Univ.-Prof., Dr. theol., Studien und Forschung in Deutschland, Italien, Spanien, England, Belgien und den Niederlanden, Ordinaria für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien, Initiatorin des Mitteleuropäischen Netzwerkes Bioethik.

Imre Szebik, M.D.Ph.D. Arzt, Bioethiker, wissenschaftlicher Mitarbeiter Institut für Verhaltenswissenschaften, Semmelweis Universität, Budapest, Ungarn

Günter VIRT, Univ.-Prof. Dr. theol., Priester der Erzdiözese Wien, emeritierter Ordinarius für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien, Mitglied der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt in Wien und der European Group on Ethics in Science and New Technologies in Brüssel.

Mit Ende der totalitären Regime in den Ländern Mittel- und Osteuropas haben sich für Theologen neue Möglichkeiten der Forschung eröffnet. Die Wende hat vor allem einen Freiraum geschaffen, um Inhalte national, aber auch international frei zu diskutieren. Heute, zwanzig Jahre nach diesen Ereignissen, ist der geeignete Zeitpunkt, eine erste Bilanz zu ziehen und neue Akzente für die zukünftige, grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu setzen. Im Bereich der Ethik des Lebens ist diese Aufgabe umso dringlicher, weil die komplexen bioethischen Fragen nicht nur jeden Einzelnen, sondern die gesamte Gesellschaft betreffen und die jeweiligen Landesgrenzen überschreiten.

Besonders die junge Generation der Theologen und Theologinnen ist in höchstem Maße herausgefordert die Grenzen der eigenen theologischen Tradition, der eigenen Sprache und des eigenen Denkens zu überschreiten und in die gemeinsame Suche nach einer vernünftigen und zeitgemäßen Argumentation für eine Kultur des Lebens einzutreten.