

Martina Herrmann

Das Leben des Fötus von Erlangen: Ein Streitfall medizinischer Ethik

Seit Mitte Oktober diskutiert eine interessierte Öffentlichkeit darüber, ob es moralisch zulässig bzw. zu verantworten ist, eine Frau in einer Phase ihres Sterbens aufzuhalten, damit in ihrem Körper ein Fötus heranwachsen kann. Im Gegensatz zu den VerfasserInnen vieler Stellungnahmen, die ich gelesen habe, bin ich der Meinung, daß sich die Entscheidung der Ärzte (und anderer Beteiligter) in Erlangen einer moralischen Beurteilung weitgehend entzieht. Das soll nicht heißen, daß es nichts dazu zu sagen gäbe.

Diese Auffassung möchte ich hier erläutern. Die Begründung lautet formal so: In der Medizin gibt es heute Problemsituationen mit Entscheidungsdruck, die es früher nicht gegeben hat. Die Entwicklungen, die zu diesen Problemen führen, kann man begrüßen, weil neue Interventionsmöglichkeiten neue Heilerfolge versprechen. Man kann sie bedauern oder auch verwerfen, weil sie Risiken bergen und Folgen zeitigen, die keiner will. Wie auch immer, ich halte dafür, daß es sich um neue moralische Probleme handelt, deren Vorliegen es erst einmal zuzugeben gilt. Und wie im allgemeinen und im Einzelfall zu verfahren ist, darüber fehlen die Orientierungen; die bekannten gelten nur bedingt. Wenn das eine richtige Beschreibung für die Situation in Erlangen ist, so fehlen die Beurteilungskriterien für ein abschließendes bzw. ein verbindliches Urteil.

Das gilt mit zwei wichtigen Qualifikationen: Zum einen ist dabei vorausgesetzt, daß gewisse Sachverhalte vorliegen, deren Zutreffen ich nur vermuten kann. Auf diese Annahmen komme ich noch zurück. Zum andern behaupte ich diesen Mangel an Beurteilbarkeit nicht für alle Zeit, sondern zunächst nur für die gegenwärtige Situation, in der sich nicht einmal sagen läßt, ob die Wertmaßstäbe medizinischen Handelns im Fluß sind, oder sich nur nicht mehr selbstverständlich auf neue Situationen übertragen lassen.¹

Die Entscheidung über das Schicksal der schwangeren Frau in der Erlanger Universitätsklinik nach ihrem Unfall ist nun keine Entscheidung über einen genuin neuen Einzelfall. Aber die Entscheidung darüber, ob die für

1 Ich möchte mich damit nicht auf ein »Fortschritts«-modell für die Entwicklung der geltenden Moral unserer Gesellschaft festlegen. Pluralisierungstendenzen können im Effekt auch dazu führen, daß die Moralauffassungen verschiedener Gruppen immer weiter divergieren und es keinen moralischen Minimalkonsens mehr gibt.

den Fötus lebenswichtigen Funktionen des Körpers von Marion Ploch stabilisiert werden sollen, hat verschiedene moralische Aspekte. Und eine Vielzahl von diesen Aspekten ist verhältnismäßig neu und umstritten. Durch die Kulmination sonst unabhängig voneinander auftretender Probleme wird das Leben und Sterben dieses einen Fötus und seiner Mutter besonders dramatisch und damit besonders geeignet für eine spektakuläre öffentliche Diskussion.

Wozu überhaupt medizinische Ethik?

In dieser Diskussion werden von verschiedenen Gruppen und Einzelpersonen prinzipielle Argumente vorgetragen, mit dem Anspruch, die als Gegenseite wahrgenommenen Personen und Gruppen komplett zu widerlegen, wenn nicht gar als Interessenvertreter mit moralischen Scheinpositionen zu desavouieren. Auch Leute, die sich beruflich mit medizinischer Ethik beschäftigen, werden so wahrgenommen. »BioethikerIn« scheint ein verbreitetes Schimpfwort zu sein und so viel zu bedeuten wie: Frau oder Mann, die oder der sich der Aufgabe widmet, Medizinern durch schlaue ausgedachte rhetorische Figuren gegenüber den berechtigten moralischen Vorwürfen der Bevölkerung den Rücken freizuhalten, damit sie weiterhin machen können, was sie wollen. Weiter kennzeichnet die BioethikerIn, daß er oder sie am liebsten, wenn nicht ausschließlich, in Kosten/ Nutzen-Kategorien denkt und damit über Wert und Unwert menschlichen Lebens entscheiden zu können glaubt.

Da ich einen Teil meiner Arbeitszeit damit verbringe, mich mit Problemen der medizinischen Ethik auseinanderzusetzen, liegt mir daran, meine Berufsauffassung dagegengzustellen. Vielleicht gibt es wirklich Leute, die so sind, wie angegeben, oder so ähnlich. Meiner Erfahrung nach sind diejenigen, die sich mit medizinischer Ethik beschäftigen, moralisch genauso integer wie der Rest der der Bevölkerung. Mein erstes Ziel besteht darin, wenigstens ansatzweise plausibel zu machen, warum ich es für sinnvoll halte, sich mit medizinischer Ethik zu beschäftigen: Die Aufgabe von theoretischer Beschäftigung mit Moral im allgemeinen, von der medizinische Ethik nur ein Teilbereich ist, sehe ich darin, auf so einer Art Restposition der Aufklärung darüber nachzudenken, welche Handlungsalternativen sich stellen, was für sie und was gegen sie spricht.

Wie sieht diese Restposition aus? Wir leben in einer Gesellschaft, die oft als pluralistisch bezeichnet wird. Das bedeutet unter anderem, daß religiöse Legitimationen moralischer Standpunkte, wie auch Begründungen aus der Verbindlichkeit einer alle Menschen einigenden praktischen Vernunft nicht mehr allgemein akzeptiert werden. Allgemein akzeptiert wer-

den diverse moralische Prinzipien, zum Teil gesetzlich niedergelegt, und moralische Beurteilungen vieler Einzelsituationen. Andere Prinzipien und Beurteilungen sind kontrovers. In der öffentlichen Diskussion moralischer Fragen wird oft nicht recht deutlich, daß trotz moralischer Divergenzen Urteile nicht einfach willkürlich gefällt werden können, sondern mit anderen moralischen Urteilen in Beziehungen stehen: Einzelurteile werden mit Bezug auf allgemeine Prinzipien gerechtfertigt², Prinzipien werden mit anderen Prinzipien begründet,³ Prinzipien können anderen Prinzipien, wenigstens auf den ersten Blick, widersprechen.⁴ Die bestehenden moralischen Weltbilder kann man nur noch in Ausschnitten zur Deckung bringen, aber jedes einzelne bietet in sich eine gewisse Geschlossenheit. Begründungsbeziehungen zwischen moralischen Urteilen und Prinzipien sind Gegenstand der Ethik. Wenn man schon nicht mehr sagen kann, welche allgemeinen moralischen Vorstellungen objektiv wahr und verbindlich sind, so kann man wenigstens noch daran arbeiten, welche Vorstellungen zusammenpassen, welche Argumente zulässig sind, welche Gesichtspunkte einschlägig sind und berücksichtigt werden müssen. Dadurch lassen sich wenigstens die Konfliktlinien nachziehen, die Alternativen wie die Kompromißmöglichkeiten bestimmen, einige Positionen als unhaltbar erweisen und man sieht genauer, welche Folgerungen man sich mit welchen Behauptungen einhandelt. Ein weiteres Ziel, das ich hier nicht verfolge, besteht darin, Vorschläge mit der Chance auf möglichst weitgehende Akzeptanz zu erarbeiten, die Entscheidungen über die weitere Entwicklung fallen dann woanders.

Was läßt sich zu den vertretenen Standpunkten im Konflikt um die Erlanger Entscheidung sagen?

Ich will als erstes die Argumentationslinien darstellen, die ich für entkräftbar halte, oder doch für nachgeordnet gegenüber anderen. Das sind im wesentlichen drei. Die erste betrifft die Motivlage der handelnden Ärzte. Es wird vermutet, daß es ihnen weder um das Wohl des Kindes, noch um den Willen der Mutter geht, sondern letztlich nur um sich selbst. Ihre egoistischen Motive werden als Karrierismus angegeben, als rücksichtslose Neugierde, als Bedürfnis, das Machbare auszuschöpfen, als widernatürlicher männlicher Machtwille, der sich die Gebärfähigkeit aneignen will.

2 »Man darf den Körper dieser Frau nicht als Mittel mißbrauchen, denn man darf einen Menschen nicht instrumentalisieren.«

3 »Experimente an Menschen, insbesondere gegen deren Willen, sind nicht vertretbar, denn die Gesundheit aller ist gleich zu berücksichtigen.«

4 »Jede Frau soll über ihren Körper selbst bestimmen dürfen«, steht gegen »Menschliches Leben muß in jeder Form geschützt und bewahrt werden.«

Ob das richtige Beschreibungen der Motive der Mediziner sind oder nicht, kann ich nicht beurteilen. Aber, selbst unterstellt, sie seien reine Egoisten, halte ich das für ziemlich bedeutungslos. Für die Beurteilung ist wichtig, ob das, was sie tun, auch angezeigt ist, und was sie damit bewirken. Wenn ein Chirurg mir den Uterus herausnimmt, so kommt es bei der Beurteilung nicht darauf an, ob er damit eine bestimmte Operationstechnik üben will, oder ob es ihm hauptsächlich darauf ankommt, ein paar Mark mehr für sein Eigenheim zu verdienen. Sondern es kommt darauf an, ob die Operation indiziert war, ob ich zugestimmt habe, und ob er sie fehlerfrei macht. Seine Motive sind zwar wichtig, aber für etwas anderes: nämlich für meine Entscheidung, vorsichtshalber noch eine zweite Meinung über meinen Befund einzuholen. Egoistische Motive sind Verdachtsmomente dafür, daß die vorgetragenen Gründe nur vorgegeben sind und nicht zutreffen. Das hieße z.B., daß man die gegebene Prognose für den Fötus genau prüfen müßte, aber nicht, daß diese Prognose falsch sein muß. Wenn man den Absichten der Ärzte nicht traut, sollte man auch unbedingt die Schlüssigkeit der von ihnen vorgetragenen moralischen Gründe, wie der, daß »zur Rettung des Kindes verpflichtet« ist, »wer sie sich zutraut« (FAZ v. 17. 10. 1992), überprüfen. Aber man kann nicht ohne diese Prüfung davon ausgehen, daß alles, was sie sagen, unhaltbar ist.

Ein Kurzschluß scheint mir bei einer zweiten Argumentationsform vorzuliegen, bei der davon ausgegangen wird, daß die Menschenwürde der Frau es verbietet, ihren Körper in dieser Form zu gebrauchen.⁵ Es gibt eindeutige Fälle der Verletzung der Menschenwürde. Dazu gehören z.B. alle Verletzungen der Menschenrechte, auf die sich die meisten Staaten geeinigt haben. Bei dem »Erlanger Fall« wird das aber gerade bestritten. Wir brauchen also eine Erläuterung des Begriffs »Menschenwürde«, Kriterien dafür, was eine Verletzung der Menschenwürde ist und was nicht. Erläuterungen müßten beide Seiten geben, und damit würden sie sich in die Niederungen der Einzelbetrachtungen begeben müssen, in denen allein Aussicht besteht, von den Parolen weg und zur Auseinandersetzung hin zu kommen. Für mich ist es keineswegs selbstverständlich, daß Frau Ploch degradiert wird, noch daß das, was mit ihr gemacht wird, die Pietät verletzt. Gerade was den Umgang mit Sterbenden und Toten angeht, existieren zwar hohe Ideale, aber viele Klagen über fehlende wirksame akzeptierte Normen. Auf der anderen Seite kann man nicht leugnen, daß die Patientin hier selbst nicht mehr handelt, sondern behandelt oder benutzt wird, und das Benutzen anderer, wenn auch nicht grundsätzlich verboten,

5 *Süddeutsche Zeitung* v. 17./18. 10. 1992, Darstellung der Kritik einer parteiübergreifenden Gruppe von Politikerinnen.

muß immer mit übergeordneten Zielen gerechtfertigt werden. Die Stichworte »Menschenwürde« und »Pietät« sind also Ausgangspunkte, nicht Schlußpunkte einer Diskussion. Das gleiche gilt für die Behauptungen, man lasse der Natur ihren Lauf, wenn man die intensivmedizinische Behandlung einstellt, oder man ver helfe der Natur zu ihrem Recht, wenn man alles nötige für die weitere Entwicklung des Fötus tut.

Als drittes möchte ich bezweifeln, daß es für die moralische Beurteilung ausschlaggebend ist, ob anläßlich der Behandlung der Marion Ploch der Geschlechterkampf ausgetragen wird. Daß die eigentlichen Interessen nicht den vorgetragenen Gründen entsprechen, ist, wie ich schon bezüglich der Motive der Ärzte ausgeführt habe, zwar ein Indiz dafür, daß die vorgetragenen Gründe schlecht sind, aber dieses Indiz verlangt nach mißtrauischer Beobachtung und kann nicht selber der Beweis der Untauglichkeit dieser Gründe sein.

Wenn man aus der rhetorischen Figur ein Argument machen wollte, so müßte man zunächst zeigen, daß zu den Konsequenzen der intensivmedizinischen Aufzucht des Fötus eine weitere Verschlechterung der Situation von Frauen in unserer Gesellschaft gehört. Eine zusätzliche Diskriminierung könnte z.B. dadurch entstehen, daß sich die Meinung verbreitet, Frauen seien eigentlich nur organische Brutkästen.⁶ Aber selbst wenn unter den Konsequenzen einige sind, die zu Lasten von Frauen gehen, bedeutet das nicht, daß sich damit klar eine Verurteilung ergibt. Erst, wenn auch die anderen Konsequenzen betrachtet und bewertet sind, kann festgestellt werden, wie schwer diese Benachteiligung wiegt.

Bevor ich endlich dazu komme, die moralischen Konflikte darzustellen, die in der Behandlung von Marion Ploch entschieden werden müssen, möchte ich sagen, welche empirische Annahme ich dabei voraussetze: Ich gehe davon aus, daß mit großer Wahrscheinlichkeit am Ende ein Baby entbunden wird, das weder durch medizinische Eingriffe noch durch psychische Entbehrungen dauerhaft zu leiden hat. Das ist eine Annahme, die ich durch nichts ausweisen kann. Im Gegenteil, die Darstellungen in den Medien lassen eher zweifeln. So wird einer der behandelnden Ärzte mit der Stellungnahme zitiert: »Leben bis zur 32. Woche ist wie ein Sechser im Lotto« (*Die Zeit* v. 30. 10. 1992, S.19). Das läßt für die Risiken der Behandlung das Schlimmste vermuten. Auch um das Gefühlsleben des Fötus dürfte es karg bestellt sein: Die Ratgeberliteratur für Mütter ist voll von tiefen Einsichten in die eminente Wichtigkeit der vorgeburtlichen

6 Das entspräche etwa der zynischen Meinung, daß jugendliche Motorradfahrer eigentlich nur hervorragende Organspender sind.

Mutter-Kind-Beziehung. Das verträgt sich schlecht mit den eher plumpen Versuchen, eine für den Fötus positive Außenwelt zu simulieren. Und so melden sich Helfer zu Wort, die »Forschungsergebnisse der pränatalen Psychologie« dem Fötus zugute kommen lassen wollen (*Frankfurter Rundschau* v. 28. 10. 1992, S.18). Der Ausgang ist offen.

Risiken und Erfolgsaussichten, wie die Zumutungen einer Behandlung für den Patienten, sind wichtige Determinanten dafür, ob diese Behandlung angezeigt ist oder nicht. Wenn der Fötus mit großer Wahrscheinlichkeit vor Ende des sechsten Monats sterben wird, ist es sehr viel einleuchtender, die Behandlung einzustellen, als wenn die Chancen besser stehen. Deshalb kann man bei der Beurteilung eigentlich nicht auf Überlegungen zum Risiko verzichten. Ich muß aber darauf verzichten, und zwar nicht nur, weil ich die Risiken nicht beurteilen kann. Selbst wenn man ein Risiko nicht kennt, kann man doch in der Regel bedingte Aussagen darüber machen, was zu tun ist, wenn das Risiko so und so aussieht. Im vorliegenden Fall ist mir aber selbst das völlig unklar. Und es scheint mir, daß auch bei guter oder sehr guter Prognose die meisten vorgetragenen Bedenken bestehen bleiben.

Nach all diesen Präliminarien bleibt, die neuen und immer noch offenen Konflikte schlicht darzustellen. Sie sind weiterhin unentschieden, obwohl es inzwischen in der medizinischen Praxis mehr oder weniger etablierte Umgangsformen mit ihnen gibt. Ich nenne zunächst Stichworte, die die entsprechenden Diskussionszusammenhänge bezeichnen: (1) Todesdefinition und Organspende, (2) Entwicklung der medizinischen Techniken für Interventionen am Anfang und Ende menschlichen Lebens, (3) moralischer Status von Föten und Embryonen.

(1) Der Hirntod einer PatientIn ist in der Medizin derzeit notwendige und hinreichende Bedingung für ihren Tod und damit für das Einstellen intensivmedizinischer Behandlung. Die einzige Ausnahme, bei der lebenswichtige Funktionen weiterhin aufrecht erhalten werden, liegt dann vor, wenn Organe der Toten entnommen und verpflanzt werden sollen. Der Übergang vom Herz/Kreislaufftod zum Hirntod als Kriterium für den Tod einer Person hatte zwei Ursachen. Zum einen fühlten sich viele Mediziner verpflichtet, Kreislauf und Atmung ihrer Patienten weiterhin aufrecht zu erhalten, selbst wenn keine Chance bestand, daß sie je wieder ihr Bewußtsein wiedererlangten. Nur wenn sie die Patienten für tot erklären konnten, schien es gerechtfertigt, mit der Behandlung aufzuhören. Zum anderen sind Organverpflanzungen nur möglich, wenn das Gewebe noch bis kurz vorher ausreichend versorgt wird. Einem lebenden Menschen kann

man aber nicht einfach Organe entfernen, die er selbst noch braucht. Erst wenn er tot ist, rechtfertigt der Zweck, das Überleben des einen, die Mittel, nämlich Körperteile eines anderen zu benutzen, und damit diesen anderen zu instrumentalisieren.

Die Rechtfertigungen, die dafür gegeben werden, den Hirntod als Kriterium für den Tod einer Person zu akzeptieren, sind pragmatischer Natur. Und deshalb sind sie unbefriedigend. Es sind weniger neue Erkenntnisse über den Tod, die den Ausschlag dazu gegeben haben, daß ein verbessertes Kriterium eingeführt wurde, sondern es sind bestimmte Handlungsmöglichkeiten, die zu einer Änderung des Kriteriums geführt haben. Das hat Rückwirkungen auf die breite Akzeptanz der Definition. Dazu kommt, daß die Feststellung des Hirntodes technischer Mittel bedarf und damit für den medizinischen Laien viel schwerer faßbar ist. Dagegen ist es im Alltag völlig klar, daß tot ist, wessen Herz nicht mehr schlägt.

Daß das Kriterium des Hirntodes sich nicht wirklich durchgesetzt hat, wird auch bei der Behandlung von Marion Ploch deutlich. Wenn ihre Herz/Kreislauf-Funktionen jetzt über Monate hinweg aufrecht erhalten werden sollen, so scheint vielen AutorInnen die paradoxe Bezeichnung »lebender Leichnam« angemessen. Damit wird aber gerade Unsicherheit darüber ausgedrückt, ob sie tot ist oder lebt. Und diese Unsicherheit, so spekuliere ich, schwächt die Glaubwürdigkeit der Ärzte. Wäre Marion Ploch tot, so könnte man ihren Körper für bestimmte Zwecke benutzen. Es könnte immer noch Streit darüber geben, welche Zwecke dieses Mittel rechtfertigen. Lebt sie aber, so ist man vor einer für sie so entscheidenden Intervention darauf angewiesen, sie zu fragen. Stellvertreterentscheidungen durch Verwandte scheinen unangemessen. Sie sind akzeptiert bei Interventionen, die einer Person wieder zum Bewußtsein verhelfen sollen. Hier soll aber nicht Frau Ploch geholfen werden, sondern ihrem Fötus. So ist alles auf merkwürdige Weise fraglich, was an dieser Frau im Schwebezustand zwischen nicht-mehr-leben und noch-nicht-tot-sein getan wird. Die Situation entspricht in dieser Hinsicht einer Organverpflanzung, wo sich aufgrund der praktischen Erfordernisse Stellvertreterentscheidungen durchgesetzt haben. Ich zögere allerdings, in Marion Plochs Fall von einer Organspende zu sprechen.

(2) Für den Übergang zum Hirntod als Kriterium für den Tod einer Person waren technische Entwicklungen in der Intensivmedizin der Anlaß. Erst wenn man in der Lage ist, die lebenswichtigen Funktionen eines Körpers von außen aufrechtzuerhalten, stellt sich die Frage, wann der Mensch tot ist. Das ist nicht das einzige Problem mit moralischem Gehalt, das mit neuen technische Möglichkeiten der Intensivmedizin einher-

geht. Mit jeder neuen Technik muß entschieden werden, wann und ob man sie zum Einsatz bringt. Wenn das Leben eines Menschen zu Ende geht, ist dabei das Abschalten der intensivmedizinischen Apparatur nur die Rückseite des Anschaltens, d.h. des Versuchs, den Tod aufzuhalten und abzuwenden. Es wird, gerade in der Diskussion einer breiteren Öffentlichkeit, immer wieder bezweifelt, ob sich lebensverlängernde Maßnahmen, intensivmedizinischer oder anderer Art, für die Patienten in jedem Fall lohnen.

Neben den Interventionmöglichkeiten zur Lebensverlängerung hat sich ein anderer Zweig der Medizin stark entwickelt, der gelegentlich erwähnt wurde, wenn es um den Fötus ging, dessen Entwicklungsbedingungen in Erlangen geschaffen werden sollen: Die Perinatal-Medizin. Früher begann die medizinische Betreuung eines Menschenlebens nach der Geburt, vorher wurde nur beobachtet. Die Beobachtungsmethoden heute sind für sich genommen schon Anlaß zur Besorgnis, insofern es dabei natürlich immer um eine möglichst genaue Feststellung des Gesundheitszustandes des Fötus geht, also um die Einhaltung oder Abweichung von Normalität. Heute gibt es darüber hinaus aber auch spektakuläre Eingriffsmöglichkeiten. Es werden z.B. im Mutterleib Operationen vorgenommen. Außerdem kann man heute Frühgeborene bereits ab etwa 500g Gewicht außerhalb des Mutterleibes aufziehen, zu einem Zeitpunkt der Schwangerschaft, der ein Überleben früher ausschloß. Dadurch wird es auch möglich, wenn die Schwangerschaft nicht mehr fortgesetzt werden kann, das Kind zu holen und - wieder durch intensivmedizinische Behandlung - am Leben zu erhalten, bis es sich fertig entwickelt hat. Erste Konsequenz für den Fötus von Marion Ploch: Seine Überlebenschancen verbessern sich.

Die Möglichkeiten der Perinatalmedizin wachsen, mit ihnen aber wachsen auch die Schäden an Säuglingen, die durch die intensivmedizinische Behandlung hervorgerufen werden. Je jünger das Frühgeborene, desto wahrscheinlicher wird es, daß seine Beatmung, seine künstliche Ernährung oder andere Eingriffe bleibende Schäden zurücklassen. Wie bei todkranken und sehr alten Menschen kann man daran zweifeln, ob sich der Einsatz der Mittel für die Betroffenen immer lohnt. Dadurch wird auch der Wert der Weiterentwicklung der zur Verfügung stehenden Mittel zweifelhaft. Konsequenzen aus dieser Überlegung betreffen die Risiken für den Fötus, wenn er einmal das entsprechende Alter erreicht hat. Welche das sein können, werde ich aus den oben angegebenen Gründen vernachlässigen.

Eine andere Konsequenz der Entwicklungen in der perinatalen Medizin ist es, die ich hervorheben will. Sie läßt sich wohl nicht mehr vermeiden. Ich meine die Aufwertung der moralischen Bedeutung von Föten in den

letzten drei Monaten der Schwangerschaft. Sie werden behandelt wie Neugeborene, die Fürsorge hat denselben Umfang. Auch das emotionale Engagement ist das gleiche, bei den beteiligten ÄrztInnen, PflegerInnen und Eltern. Wenn sich die Einflußmöglichkeiten der perinatalen Medizin in immer frühere Abschnitte der Schwangerschaft hinein erweitern, wird voraussichtlich für immer jüngere Föten gelten, daß sie für die, die sie behandeln, so sind wie jetzt Säuglinge: vollwertige Patienten. Man sieht, wohin das führen kann: Zu einem Verständnis des Fötus als Patienten in jeder Phase seiner Entwicklung. So wird jetzt offenbar von einigen der Fötus in Erlangen bereits gesehen. Diese Sicht ist verständlich, aber keineswegs selbstverständlich. Im Lichte anderer sozialer Praktiken muß man sich fragen, ob sie wünschenswert ist.

Im Konflikt dazu innerhalb der Medizin stehen z.B. Tendenzen bei der künstlichen Befruchtung. Hier kann man mit Embryonen innerhalb und außerhalb des Uterus nur deshalb so großzügig verfahren, weil man den Wünschen und Interessen der an ihrer Erzeugung Beteiligten eine Bedeutung beimißt, die die Embryonen nicht haben. Niemand sucht für überzählige Embryonen bereitwillige Ersatzmütter, damit ihr Weiterleben gesichert wird. Man fragt sich, ob nicht irgendwann die Entwicklungen der verschiedenen Teilgebiete der Medizin sich widersprechende Anschauungen über die moralische Bedeutung der gleichen Leibesfrucht voraussetzen. In der Diskussion um die Legitimität der Behandlung des Erlanger Fötus wird ja immer wieder darauf hingewiesen, daß er kaum älter war als die gesetzliche Grenze für erlaubte Abtreibung, als seine Ärzte ihm den Patientenstatus zuerkannten.

(3) Widersprüchliche Verhaltensweisen, den moralischen Status eines Embryos, Fötus, Neugeborenen oder Säugling betreffend, sind schon an einer anderen Stelle fest institutionalisiert, nämlich durch die Abtreibung aus eugenischen Gründen. Das Abtreiben bei Vorliegen einer Krankheit oder Mißbildung ist noch zu einer Zeit gestattet, da ein gesunder Fötus schon ausgetragen werden muß. Hier liegt also eine Ungleichbehandlung von normalen und in irgendeiner Form behinderten Embryonen im zweiten Drittel der Schwangerschaft vor. Diese Ungleichbehandlung läßt sich schwer rechtfertigen, wenn man dem Fötus im zweiten Trimester den vollen moralischen Status eines Säuglings gibt. Der Widerspruch läßt sich vertiefen: Kommt ein Kind mit einer Behinderung zur Welt, die als Grund für seine Abtreibung ausgereicht hätte, sei es auch noch so früh, so hat es beste Chancen, volle intensivmedizinische Betreuung zu erhalten, um sein Überleben zu sichern.

Ich habe mit Absicht nicht über Rechte von Föten und Personen geschrieben, weil ich versuchen wollte, umstrittene Assoziationen so weitgehend zu vermeiden, wie es mir gelingt. Die Probleme stellen sich von selbst, wenn man die Praxis beschreibt. Man muß gar keine besondere Theorie darüber vertreten, ob Empfindungsfähigkeit oder Rationalität oder Bewußtsein die Charakteristika von Personalität sind, um zu sehen, daß es so jedenfalls nicht geht.

Jetzt kann man sich natürlich zurücklehnen und die Perversität des Systems anprangern, das solche Phänomene hervorbringt. Mir liegt das nicht, und mir liegt es auch nicht, möglichst laut »Halt!« und »Zurück!« zu rufen. Ich sehe nicht, was das helfen sollte. Ich sehe nur, daß es eine offene Frage ist, welchen moralischen Status der heranwachsende Fötus hat, und es nicht gut ist, diesen Status zu wechseln, wenn man den medizinischen Be-Handlungsrahmen wechselt. Aber ich sehe nicht, warum weitere theoretische Bemühungen, d.h. medizinische Ethik, nicht helfen können sollten, wenigstens die miteinander verträglichen Auffassungen über den moralischen Status herauszufinden. Erst dann kann man auf einen Entscheidungsprozeß hoffen, der einen befriedigenden moralischen Rahmen zum Ergebnis hat.

PROKLA 90

März 1993

Regionalisierung der Welt

Die Weltwirtschaft der Zukunft scheint sich in Wirtschaftsblöcken zu organisieren: Der europäische Binnenmarkt steht vor der Tür, die USA versuchen mit der amerikanischen Freihandelszone gegenzuhalten, Japan und die ostasiatischen Schwellenländer vertiefen ihre Zusammenarbeit. Die Globalisierung der Ökonomie wird durch nachholende Prozesse der Regionalisierung von Politik flankiert. Wie lassen sich diese Trends interpretieren: Regionale Blöcke als Absicherung der ökonomischen Einflusssphären jeweiliger Regionalmächte? Regionale Blöcke als Nachfolger von Nationalstaaten, vielleicht gar Vorstufe der grenzenlosen Globalisierung? Oder eher als Abschottung der Regionen untereinander? Und was wird aus den Ländern, die für keinen der Wirtschaftsblöcke interessant scheinen: Afrika, Osteuropa, die *looser* in der Weltwirtschaft? Haben regionale Kooperations- und Integrationsprozesse in den Entwicklungsländern oder den ehemals sozialistischen Staaten eine Chance? Und letztlich: wie verträgt sich eigentlich die neue Welle des Nationalismus in vielen Teilen der Welt und direkt vor unserer Haustür mit den Regionalisierungstendenzen?