



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Ethische Aspekte in der fetalen Chirurgie“

Verfasserin

Anna Krawagna

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im März 2012

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt: A 296
Studienrichtung lt. Studienbuchblatt: Philosophie
Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Josef RHEMANN

Für meine Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| Einleitung | 6 |
| Siglenverzeichnis | 8 |
| 1. Ethik | 9 |
| 2. Angewandte Ethik | 12 |
| 3. Die Anthropologie | 15 |
| 3.1. Helmuth Plessner: „Die Stufen des Organischen und der Mensch“ | 16 |
| 3.1.2. Das Ausgangsproblem der Doppelaspektivität | 17 |
| 3.1.3. Der Begriff der Grenze | 18 |
| 3.1.4. Der lebendige Körper | 19 |
| 3.1.5. Die Kategorie der Positionalität | 20 |
| 3.1.6. Die Wesenseigenschaften lebendiger Körper mit positionalem Charakter | 21 |
| 3.2. Die offene Organisationsform der Pflanze | 28 |
| 3.3. Die geschlossene Organisationsform des Tieres | 28 |
| 3.3.1. Der dezentralistische Organisationstyp | 31 |
| 3.3.2. Der zentralistische Organisationstyp | 32 |
| 3.4. Die exzentrische Positionalität des Menschen | 34 |
| 3.4.1. Körper-Sein (Körper) und Körper-Haben (Leib) | 35 |
| 3.4.2. <i>Exkurs</i> : Vom Lachen und Weinen | 36 |
| 3.4.3. Außenwelt, Innenwelt, Mitwelt | 37 |
| 3.4.4. Plessners Rollenkonzept | 38 |
| 4. Fetale Chirurgie | 39 |
| 4.1. Geschichtliche Entwicklungen in der fetalen Chirurgie | 40 |
| 4.1.1. Der Rhesus Faktor und die Rhesusfaktor-Krankheit | 41 |
| 4.1.2. Die intrauterine Transfusion | 43 |
| 4.1.3. Der erste offene fetalchirurgische Eingriff und die besonderen Eigenschaften der fetalen Wundheilung | 45 |

| | | |
|------------|---|----|
| 4.2. | Indikationsstellung und Patientenselektion..... | 46 |
| 4.3. | Offene Fetalchirurgie und minimal-invasive Verfahren..... | 48 |
| 4.4. | Krankheitsbilder..... | 51 |
| 4.5. | Studie im NEJM 2011 und aktuelle Entwicklungen..... | 53 |
| 4.6. | Der Fetus als Patient | 55 |
| 5. | Die Frage nach dem moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten | 56 |
| 5.1. | Mensch, Person und Würde | 58 |
| 5.1.1. | Der Würdebegriff in der Statusdiskussion | 60 |
| 5.1.2. | Würde und Autonomie bei Immanuel Kant: „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ | 61 |
| 5.1.2.1. | Der gute Wille..... | 61 |
| 5.1.2.2. | Handeln aus Pflicht..... | 62 |
| 5.1.2.3. | Der hypothetische und der kategorischer Imperativ | 63 |
| 5.1.2.4. | Sittliche Autonomie des Menschen | 63 |
| 5.1.2.5. | Unterscheidung zwischen Sinnes- und Verstandeswelt | 65 |
| 5.1.2.6. | Menschenrechte und Menschenwürdenorm im Sinne der Selbstzweckformel des kategorischen Imperativs..... | 66 |
| 5.2. | Der Personenbegriff in der Statusdiskussion | 70 |
| 5.2.1. | Das Dilemma des Personenbegriffs nach Dieter Birnbacher..... | 72 |
| 5.2.2. | Der Begriff der Person in gemischt-normativer Gebrauchsweise | 73 |
| 5.2.3. | Die Äquivalenz-Doktrin..... | 74 |
| 5.2.3.1. | Die Posititon der römisch- katholischen Kirche..... | 74 |
| 5.2.3.1.1. | Der Begriff der ‚Beseelung‘ in der Lehre der katholischen Kirche | 75 |
| 5.2.4. | Die SKIP- Argumente und deren Kritik | 77 |
| 5.2.4.1. | Das Speziesargument..... | 78 |
| 5.2.4.2. | Das Kontinuumsargument | 79 |
| 5.2.4.3. | Das Identitätsargument | 80 |
| 5.2.4.4. | Das Potentialitätsargument | 81 |
| 5.2.5. | Die Nichtäquivalenz-Doktrin..... | 82 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 5.2.5.1. | Die Position bei Norbert Hoerster..... | 82 |
| 5.2.5.2. | Kritik an der Äquivalenz-Doktrin..... | 84 |
| 5.2.6. | Gemeinsamkeiten der Äquivalenz,- und Nichtäquivalenz-Doktrin | 85 |
| 6. | Maternal-Fetal Relations | 86 |
| 6.1. | Roe vs Wade..... | 86 |
| 6.1.2. | Die Visualisierung des Fetus..... | 89 |
| 6.1.3. | Zwangskaiserschnitt | 91 |
| 6.2. | Kritische Betrachtungen und Schlusswort | 93 |
| | Sachregister | 98 |
| | Literaturverzeichnis..... | 100 |
| | Abstract | 105 |
| | Lebenslauf..... | 106 |

Einleitung

Meine Arbeit mit dem Titel „Ethische Aspekte in der fetalen Chirurgie“ behandelt ein medizinisches hochtechnisiertes Fachgebiet, das höchst zu Staunen gibt.

Binnen weniger Jahrzehnte ist es gelungen in den einst ‚geschützten Ort‘ des Mutterleibs vorzudringen, den Fetus ‚herauszunehmen‘, an diesem chirurgische Korrekturen vorzunehmen und zur Weiterentwicklung wieder in den Mutterleib zurückzugeben.

Monica Casper (1998) schreibt in ihrer Einleitung zu ihrem Buch *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*, dass, wann und wo auch immer sie über fetale Chirurgie gesprochen hat, die routinemäßige Antwort lautete: „Können die das wirklich machen?“ (ebd., S.2)

Meine Arbeit hat den Charakter einer Literatuarbeit. Ethik als praktische Disziplin der Philosophie hat es mit menschlichen Handlungsweisen, und damit unausweichlich mit verschiedenen Menschenbildern zu tun.

Mein Schwerpunkt liegt hierbei auf Helmuth Plessners Werk *Die Stufen des Organischen und der Mensch*.

Das Arbeitsgebiet der Fetalchirurgie hat es im Vergleich zu allen übrigen medizinischen Fachbereichen mit einer entscheidenden Besonderheit zu tun, nämlich mit einem erkrankten ‚Patienten‘ innerhalb eines anderen Patientin, der Frau, die physiologisch kein Krankheitsbild aufweist.

Um einen Einblick davon zu bekommen, aufgrund welcher Interessen Fetalchirurgie überhaupt entstanden ist erscheint es wichtig, zunächst einen Blick auf die geschichtlichen Entwicklungen zu werfen und im Anschluss daran die unterschiedlichen operativen Verfahrensweisen und Krankheitsbilder zu beschreiben.

Bioethik, als Bereichsethik der angewandten Ethik wird auf den Plan gerufen, wenn es um fragwürdige und unabschätzbare Technologien geht, die einen Eingriff in den Körper und Leib des Menschen darstellen und im Begriff sind, dessen Würde und Freiheit zu bedrohen (vgl. Pieper 2007, S. 96).

Mit den Entwicklungen in der Fetalchirurgie geht eine entscheidende Entwicklung einher: der Fetus wird *als* Patient, als Subjekt, als *Person* direkt innerhalb des Mutterleibs behandelt.

Der Personenbegriff ist ein brisantes und vieldiskutiertes Thema im akademisch-theoretischen Diskurs der Bioethik. Besonders in Hinblick auf den moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten wurden unterschiedliche Konzepte entworfen. Es ist daher von großer Bedeutung solche Konzepte im Kontext der Statusdiskussion vorzustellen.

Jemanden eine Person zu nennen bedeutet, ihm Rechte zuzuschreiben. Analog dazu wird ihm *Würde* zugeschrieben.

Der Würdebegriff, der eng in Verbindung mit dem Begriff der *Selbstbestimmung* steht, wird in der Diskussion um Menschenrechte in Berufung auf Immanuel Kants kategorischen Imperativ verwendet. Daher erscheint es wichtig, Kants Begriff der Würde in dessen *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* herauszuarbeiten.

Dem Mensch, als Person, kommt Würde zu und damit werden ihm Rechte zugeschrieben.

Im besonderen Fall der Schwangerschaft ist es entscheiden, inwieweit dem Ungeborenen als Person, als Subjekt Rechte zukommen.

Welche rechtlichen Auswirkungen dies auf die Beziehung zur schwangeren Frau, und entscheiden, *für* die schwangere Frau hat und haben kann, wird in meinem letzten Teil besprochen.

Fetale Chirurgie wird als experimentelles Verfahren in der Medizin als ‚Spezialgebiet‘ bezeichnet.

Es stellt sich die Frage, wer überhaupt diese ‚Spezialität‘ in Anspruch nehmen kann. Hier sind bereits ökonomische und soziale Faktoren angesprochen, die einer näheren Betrachtung bedürfen und mein Schlusswort bilden werden.

Siglenverzeichnis

GMS: Immanuel Kant, „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“

SO: Helmuth Plessner, „Die Stufen des Organischen und der Mensch“

1. Ethik

Als eigenständige Disziplin innerhalb der praktischen Philosophie tritt Ethik erstmals bei Aristoteles auf.

Unterschieden von der theoretischen Philosophie, deren Disziplinen die Logik, Physik, Mathematik und Metaphysik sind, untergliedert Aristoteles die praktische Philosophie in die Ethik, Ökonomik und Politik. „Während es die theoretische Philosophie mit dem unveränderlichen und unveränderlichen Seienden zu tun hat, geht es in der praktischen Philosophie um menschliche Handlungen und ihre Produkte“ (Pieper 2007, S. 24).

Aristoteles stellt in seiner bekanntesten Schrift zur Ethik, der ‚Nikomachische(n) Ethik‘ die Frage nach der guten Lebensführung des Menschen und wie diese gelingt.

Nach Aristoteles strebt jedes Individuum nach einem Ziel, nach einem Gut (*agathon*). Diese Güter sind hierarchisch geordnet. Der Mensch handelt also, um ein gewisses Ziel, beziehungsweise gewisse Güter zu erreichen.

Die politische Philosophie behandelt die Frage, worin dieses höchste Gut liegt, nach dem alle Individuen- im Sinne Aristoteles erfahrene, gebildete Polis Bürger- streben.

Dieses höchste Gut ist die *eudaimonia*, die Glückseligkeit, das höchste Gut, nach dem der Mensch handelt.

Das Leitziel menschlichen Handelns ist also das Glück, das Aristoteles im ersten Buch der Nikomachischen Ethik entfaltet (vgl. Höffe 1995, S. 4ff.).

Der Ursprung des Begriffs ‚Ethik‘ gründet im Griechischen ‚ethos‘, das Gewohnheit, Sitte, Charakter bedeutet.

Ethik darf nicht mit dem aus dem Latein stammenden Begriff der ‚Moral‘ oder ‚Ethos‘, der Sitte, dem Charakter verwechselt werden.

Moral oder Ethos bedeutet „eine durch ein gewisses Maß an Reflexion gekennzeichnete konkrete-geschichtliche Form sittlich bestimmten menschlichen Miteinanderlebens. – die gelebte sittliche Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft oder Epoche“

(Pöltner 2006, S. 17).

Die Moral oder das Ethos fasst Sinn- und Wertvorstellungen, Handlungsmuster und Grundhaltungen zusammen, die innerhalb von Gemeinschaften oder Gesellschaften durch die wechselseitige Anerkennung dieser Handlungsmuster der einzelnen Mitglieder hervorgegangen sind und normative Geltung haben. Ebenso umfasst das subjektive Ethos den subjektiven Charakter des Einzelnen und dessen individuelle sittliche Grundhaltungen und Gesinnungen (vgl. Pöltner 2006, S. 328).

Ethik (gri. etike episteme) hingegen, als Disziplin der praktischen Philosophie, „versteht sich als Wissenschaft vom moralischen Handeln. Sie untersucht die menschliche Praxis im Hinblick auf die Bedingungen ihrer Moralität und versucht, den Begriff der Moralität sinnvoll anzuweisen“ (Pieper 2007, S. 17; vgl. Pöltner 2006, S. 17f.).

Ethik hat mit menschlichem Handeln zu tun, ist aber nicht als Handlungstheorie zu verstehen. Gegenstand der Ethik sind moralische Handlungen mit denen sie sich methodisch beschäftigt und diese kritisch reflektiert. Es geht ihr darum Momente ausfindig zu machen, die eine menschliche Handlung als moralisch gut, oder aber auch moralisch schlecht, sprich unmoralisch ausweisen lassen.

Dabei darf sie „weder moralisieren noch ideologisieren oder weltanschauliche Überzeugungen als allgemein verbindliche Handlungsgrundlage verkünden“ (Pieper 2007, S. 11).

Hingegen betrachtet es die Ethik als Aufgabe,

- Geltungsansprüche hinsichtlich ihrer moralischen Berechtigung zu problematisieren
- Handlungsstrukturen über Ziel-Mittel Relationen aufzudecken
- das Sprachspiel der Moral am Beispiel von Norm und Wertwörter zu analysieren
- das moralische Bewusstsein über sich selbst aufzuklären
- zur argumentativen Begründung und Rechtfertigung von Handlungen anzuleiten (...)

(Pieper/Thurnherr 1998, S.8).

Innerhalb der Ethik wird grob die deskriptive von der normativen Methode unterschieden.

Die deskriptive Methode als beschreibende Vorgehensweise untersucht „Handlungs- und Verhaltensweisen in einer bestimmten Gesellschaft oder Gemeinschaft daraufhin (..), welche Wertvorstellungen und Geltungsansprüche in ihnen wirksam sind“ (Pieper 2007, S. 12).

In weiterer Folge bilden diese sowohl den geltenden Moralkodex der untersuchten Gemeinschaften, „d.h. die dort übliche Praxis ebenso wie die Urteile über diese Praxis leitenden Moralkodex“ (ebd., S. 12).

Die deskriptive Verfahrensweise konstatiert was gilt, nicht aber was gelten soll.

Die normative Methode leitet nicht direkt zu Handlungen an sondern versucht Kriterien aufzustellen die es ermöglichen, Handlungen moralisch beurteilen zu können (vgl. ebd., S. 12).

2. Angewandte Ethik

„Die Gegenstände der angewandten Ethik ergeben sich somit aus moralisch fraglichen Handlungen oder Handlungsoptionen, die in einer spezifischen historisch-gesellschaftlichen Situation konkret aufgenommen und in sie eingebettet sind.“ (Kaminsky 1998, S. 36)

Angewandte Ethik versucht allgemeine ethische Prinzipien auf konkrete Problemstellungen innerhalb konkreter Situationen *anzuwenden* und zu Konsensbildung beziehungsweise Konfliktlösung anzuregen (vgl. Pieper/Thurnherr 1998, S. 10).

In den letzten Jahrzehnten erfuhr die angewandte Ethik als angewandte Wissenschaft einen großen Aufschwung.

Gründe dafür sind unter anderem zunehmende Säkularisierung, Pluralisierung der Wertvorstellungen innerhalb moderner Gesellschaften und die rasche Zunahme an technischen Möglichkeiten (vgl. Pöltner 2006, S. 13).

Enorme wissenschaftliche und naturwissenschaftliche Wissenszuwächse im Bereich der Biologie, Medizin und Technik führen zur Eröffnung neuartiger Handlungsmöglichkeiten, die ihrerseits einer neuen ethischen Reflexion und Bewertung bedürfen.

Diese Fortschritte haben wiederum innerhalb der angewandten Ethik zu konkreten, bereichsspezifischen Ethiken wie der Bioethik, der Medizinethik, der Technik- oder der Umweltethik geführt, um hier nur einige Bereichsethiken des breiten Spektrums zu nennen.

Angewandte Ethik beschäftigt sich mit gegenwärtigen ethischen Problemen innerhalb von Gesellschaften und deren Auswirkungen auf die Praxis gesellschaftlichen Handelns und ist somit eingebettet in einen spezifischen gesellschaftspolitischen, rechtlichen und ökonomischen Kontext.

- Bioethik

Die Aufgabenstellung der Bioethik als Bereichsethik der angewandten Ethik ist die begriffliche Erklärung bei emotionsgeladenen Themen wie dem moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten, dem Begriff der ‚Menschenwürde‘, der Frage ab wann Leben beginnt und dieses zu schützen ist (vgl. Birnbacher 2006, S. 30).

„Bioethik kann damit als derjenige Teilbereich der Ethik bestimmt werden, der sich auf moralische Probleme im Umgang mit Lebensphänomenen bezieht“ (ebd., S. 30).

Dies beschränkt sich nicht ausschließlich auf menschliches Leben, sondern umfasst Leben insgesamt, das in der Natur vorkommt.

So ist Bioethik gefragt, wenn es um gezielte Eingriffe sowohl in die menschliche, tierische als auch pflanzliche Erbsubstanz geht (vgl. Pieper 2007, S. 96).

„Die Bioethik ist überall dort gefordert, wo Wissenschaft und Forschung unabschätzbare Gefahren für Leib und Leben einerseits, für Freiheit und Würde der Person andererseits durch die modernen Technologien drohen“ (ebd., S. 96).

- Medizinethik

„Die medizinische oder ärztliche Ethik betrachtet die Tätigkeit des Arztes als eine Konkretisierung der allgemeinen Norm, Hilfsbedürftigen in angemessener Weise zu helfen“ (Pieper 2007, S. 93).

Medizinethik hat mit Handlungen und Haltungen in konkreten Situationen zu tun, die sie unter dem Gesichtspunkt der Sittlichkeit methodisch und kritisch reflektiert.

Die konkreten Situationen der Medizinethik finden sich im Bereich des Gesundheitswesens.

Die Handlungen und Haltungen, die methodisch reflektiert werden betreffen somit sowohl das Handeln der ÄrztInnen, des Pflegepersonals und der PatientInnen, als auch das Handeln der Institutionen innerhalb des Gemeinwesens, so beispielsweise in der Frage nach der gerechten Verteilung von Ressourcen (vgl. Pöltner 2007, S. 23).

Neben diesen angesprochenen Allokationsfragen werden in der Medizinethik Themen wie Schwangerschaftsabbruch, Euthanasie, Apparatemedizin, Manipulationen am Erbmateriale, Humanexperimente, Künstliche Erzeugung von Menschenleben, Gehirnchirurgie, Organverpflanzung, Genkartierung, Paternalismus und Informationspflicht behandelt (vgl. Pieper 2007, S. 94- 95).

3. Die Anthropologie

Anthropologie als theoretische Disziplin der Philosophie beschäftigt sich mit der Frage nach dem Wesen des Menschen.

Für die Ethik ist es von großer Bedeutsamkeit, wie die Beantwortung der Frage nach dem Wesen des Menschen ausfällt.

Würde man den Mensch beispielsweise als bloßes „Sinneswesen [auffassen], das ausschließlich über seine Triebe bestimmt ist, (..) dann ist Ethik von vornherein überflüssig, weil menschliches Handeln durch die Natur des Menschen so vollständig determiniert wäre, daß für moralische Überlegungen, die ein freies Verfügenkönnen über sich selbst voraussetzen, kein Spielraum bliebe“ (Pieper 2007, S. 73).

Wäre der Mensch hingegen ein „reines Vernunftwesen [,] wäre der Mensch schon immer der, der er sein soll, und es bedarf keines Nachdenkens darüber, wie er ein guter Mensch werden kann“ (ebd., S. 74).

Der Mensch befindet sich aber in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Sein-Sollen, zwischen dem was ist, und dem was sein soll. Aus diesem Spannungsverhältnis heraus, haben „die meisten anthropologischen Entwürfe (..) das Wesen des Menschen (..) als ein duales, in sich zweigeteiltes, gegensätzliches Sein (Sinnlichkeit-Vernunft; Körper-Geist) begriffen, das durch das Handeln des Menschen mit sich selbst vermittelt und zur Einheit gebracht werden muß“ (ebd., S. 75).

Die Frage, die die Anthropologie stellt ist wie der Mensch aus dieser Doppelaspektivität zur Einheit mit sich selbst gelangen kann.

Während beispielsweise Descartes, Aristoteles, Platon und Kant dieses Streben des Menschen zur Einheit mit sich selbst im Prozess der „Vergeistigung“ sehen, deuten Philosophen wie Marx, Feuerbach, Schelling oder Kirkegaard dieses Streben im Prozess der „Verleiblichung“ (Pieper 2007, S. 75).

„Die moderne Anthropologie versucht [nun], von einer empirischen gesicherten, biologisch nachprüfaren Basis aus den Erkenntnissen über die *Natur* des wirklichen Menschen zu gelangen, aber auch hier begegnet der Dualismus von Leib und Geist unter anderen Vorzeichen von neuem“ (Pieper 2007, S. 75).

Im Folgenden wird nun Helmuth Plessners (1965) philosophisch-anthropologischer Zugang in seinem Werk *Die Stufen des Organischen und der Mensch* (SO) beschrieben werden.

3.1. Helmuth Plessner: „Die Stufen des Organischen und der Mensch“

Helmuth Plessners zentrale Überlegungen in *Die Stufen des Organischen und der Mensch* von 1928 gelten der Bestimmung der besonderen Seinsweise des Menschen.

Plessners Anliegen ist die besondere Daseinsart des Menschen als eines Naturereignisses und Produkts seiner Geschichte herauszustellen, von der man eine Vorstellung „nur im Wege der Kontrastierung mit den anderen uns bekannten Daseinsarten der belebten Natur“ (SO, S. 19) gewinnen kann.

Die Bestimmung des Lebendigen durch den Begriff der ‚Positionalität‘, durch den Plessner zwischen Organischem und Anorganischem unterscheiden kann, ist zentral für den Aufbau der ‚Stufen‘ (vgl. Pietrowicz 1992, S. 367).

Plessners Programm sieht die Stellung des Menschen im Mittelpunkt vor, und zwar

[n]icht als Objekt einer Wissenschaft, nicht als Subjekt seines Bewußtseins, sondern als Objekt und Subjekt seines Lebens d. h. so, wie er sich selbst Gegenstand und Zentrum ist. (..) Nicht als Körper (..), nicht als Seele und Bewußtseinsstrom (..), nicht als abstraktes Subjekt (..) sondern als psychophysische indifferente oder neutrale Lebenseinheit existiert der Mensch ‚an und für sich‘ (SO, S. 31- 32).

Helmuth Plessner eröffnet in „Die Stufen des Organischen und der Mensch“ seine philosophische Anthropologie mit dem Verweis darauf, dass sich ein Wandel über den im 18. Jahrhundert vorherrschenden Begriff der Vernunft und dem das 19. Jahrhundert dominierenden Begriff der Entwicklung ein Wandel hin zum Begriff des Lebens in der Zeit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vollzog (SO, S. 3).

3.1.2. Das Ausgangsproblem der Doppelaspektivität

Helmuth Plessner knüpft an das cartesianische Alternativschema von *res cogitans* und *res extensa* an und versucht dieses zu revidieren:

Denn um den Menschen in seinem Doppelaspekt von natürlicher Dinglichkeit und freier Vernunft, von Körperlichkeit und Innerlichkeit aus *Einer* Erfahrungsstellung fassen zu können, müssen beide Methoden: die naturwissenschaftliche (bzw. die naturphilosophische) und die geisteswissenschaftliche Methode in ‚Kooperation‘ kommen. [D]urch Descartes fundamentalisierter Unterscheidung von *res cogitans* und *res extensa* (..) ergab sich [ontologisch] hieraus der Zerfall der Wirklichkeit in die beiden ineinander nicht überführbaren Bereiche der ausgedehnten Körperlichkeit und der ichgebundenen Innerlichkeit (Pietrowicz 1992, S. 329), die methodologisch zu dieser Trennung der Naturwissenschaft von der Geisteswissenschaft geführt haben.

„Plessner wendet sich also allein gegen die ontologisch-methodologische Fundamentalisierung der Außen-Innen-Aspektivität die es verhindert, den Menschen als Körper-Geist-Einheit aus *Einer* Erfahrungsstellung heraus zu begreifen“ (ebd., S. 229).

Nach Plessner geht es nicht um eine „Überwindung des Doppelaspekts, (..) sondern [um] die Beseitigung seiner Fundamentalisierung“ (ebd., S. 330).

Diese Problemstellung der Doppelaspektivität bildet den Ausgangspunkt seiner Untersuchung, wobei „sich programmatisch hier nicht sagen [lässt], welche komplexen Gegenstände im Doppelaspekt erscheinen. Vermutungsweise darf man annehmen, daß es die belebten Dinge der Welt sind, die nicht nur dem Sein angehören, sondern auch das Sein in irgendeinem Sinne als Welt haben, mit ihm und gegen es leben“ (SO, S. 70).

Hier ist schon angedeutet, dass Plessner zwischen belebten und unbelebten, zwischen organischen und anorganischen Körpern unterscheidet, deren Unterscheidungsmoment er, wie man im Folgenden sehen wird, über die Doppelaspektivität am Begriff der ‚Grenze‘ ausmacht.

3.1.3. Der Begriff der Grenze

Plessners Herleitung und die Bestimmung des Begriffs der Grenze ist insofern von großer Bedeutung, als dass es ihm möglich wird, „unter dem Aspekt der Grenze die spezifische Seinsweise des organischen Körpers als einer Ganzheit gegenüber dem anorganischen Körper als einer Gestalt herauszuarbeiten“ (SO, S. 345).

Hier sei kurz vorweggenommen, dass der Unterschied zwischen dem organischen Körper und dem anorganischen Körper in der „Positionalität des lebendigen Seins“ (SO, S. 127) liegt.

So setzt Plessner grundlegend beim „Doppelaspekt in der Erscheinungsweise des Wahrnehmungsdinges“ (SO, S. 81) an:

Es bedarf einer „doppelte[n] Blickführung“ (SO, S. 83), damit dem Wahrnehmenden ein Ding gegenständlich erscheinen kann, und dies in Form eines Verhältnisses von Innen und Außen, nämlich „in das Ding ‚hinein‘ und ‚um‘ das Ding herum. Die erste Richtung zielt auf den substantiellen Kern des Dinges, die zweite Richtung zielt auf die möglichen anderen Dingseiten“ (SO, S. 83).

Was unterscheidet nun lebendige von unbelebten Körpern?

3.1.4. Der lebendige Körper

Die Bedingung dafür, dass ein Ding als ein Lebendiges gilt ist das gegenständliche Auftreten der Doppelaspektivität von Innen und Außen am Ding.

Das bedeutet für die Anschauung, daß die erscheinende Gesamtheit des Dingkörpers als Außenseite eines unaufweisbaren Innern sich darbietet, welches Innere – wohlgemerkt – nicht die Substanz des Dinges ist, sondern mit zu seinen (sonst aufweisbaren) Eigenschaften gehört.

(..) Um an einem Gebilde die Richtung nach Innen von der Richtung nach Außen unterscheiden zu können“, muss es Plessner zufolge eine „richtungsneutrale Zone“ geben, die selbst kein Gebiet einnimmt und sowohl die Richtung nach Innen, als auch nach Außen erlaubt (SO, S. 100).

Diese neutrale Zone bezeichnet Plessner „Grenze“ (SO, S. 100).

Tritt nun die Innen-Außen-Beziehung am lebendigen Körper gegenständlich auf und ermöglicht die Grenze die Richtung von Innen und Außen, dann „[haben] lebendige Körper eine erscheinende, anschauliche Grenze“ (SO, S. 100).

Eine anschauliche Grenze, eine Kontur die anschaulich das Anfangen und Aufhören eines Dinges markiert, haben sowohl unbelebte, als auch belebte Körper (SO, S. 93).

Lebendige Körper haben aber, wie eben erwähnt, sowohl eine anschauliche, als auch eine erscheinende Grenze.

Wesentlich ist hier, dass die Grenze dem lebendigen Körper selbst zukommt, „der Körper ist die Grenze seiner selbst und des Anderen und insofern sowohl ihm als dem Anderen entgegen“ (SO, S. 127).

Das Lebendige erfasst die Grenze sowohl als räumliche Kontur, als auch als etwas, und das ist zentral, das vom Lebendigen selbst realisiert werden kann (vgl. Mitscherlich 2007, S. 81).

3.1.5. Die Kategorie der Positionalität

Durch die Positionalität, durch das besondere Verhältnis des lebendigen Körpers zu seiner ihm eigenen Grenze, unterscheidet sich der organische Körper in seinem Wesen her vom anorganischen Körper (vgl. Pietrowicz 1992, S. 367).

Während die Grenze des Anorganischen zwischen Körper und Medium liegt, gehört, wie bereits bemerkt, die Grenze sowohl dem organischen Körper selbst, als auch dem angrenzenden Medium an und ist „insofern ihm [selbst], als auch dem Anderen entgegen“ (SO, S. 127).

„Als Körperding ist das Lebewesen im Doppelaspekt ineinander nicht überführbarer Richtungsgegensätze nach Innen (substantialer Kern) und nach Außen (Mantel der eigenschaftstragenden Seiten). Als Lebewesen tritt das Körperding mit dem gleichen Doppelaspekt als einer Eigenschaft auf, der infolgedessen das phänomenale Ding in doppelter Richtung transzendiert, es einerseits über es hinaus setzt (..), andererseits in es hineinsetzt“ (SO, S. 128- 129).

Der positionale Charakter des Lebendigen besteht also im Doppelaspekt des ‚über ihm hinaus‘ und ‚ihm entgegen‘, denn unter Positionalität

sei derjenige Grundzug seines Wesens [des organischen Körpers] verstanden, welcher einen Körper in seinem Sein zu einem gesetzten macht. (..) [D]ie Momente des ‚über ihm Hinaus‘ und das ‚ihm entgegen, in ihn Hinein‘ [bestimmen] ein spezifisches Sein des belebten Körpers, das im Grenzdurchgang angehoben und dadurch setzbar wird. In den spezifischen Weisen ‚über ihm hinaus‘ und ‚ihm entgegen‘ wird der Körper von ihm abgehoben und zu ihm in Beziehung gebracht, strenger gesagt: ist der Körper außerhalb und innerhalb seiner. Der unbelebte Körper ist von dieser Komplikation frei. Er ist, soweit er reicht (SO, S. 129).

Hier ist zu sehen, dass sowohl belebte, als auch unbelebte Körper an einem Ort in Raum und Zeit sind, allerdings setzen sich belebte Körper als raumbehauptende Körper zu ihrem Ort, der ein natürlicher Ort ist, in Beziehung. Unbelebte Körper sind hingegen raumerfüllende Körper.

So Plessner: „Jedes raumerfüllende Gebilde ist an einer Stelle. Ein raumbehauptendes Gebilde dagegen ist dadurch, daß es über ihm hinaus (in ihm hinein) ist, zu der Stelle ‚seines‘ Seins in Beziehung. Es ist außer seiner Räumlichkeit in den Raum hinein oder raumhaft und hat somit einen natürlichen Ort“ (vgl. SO, S. 131).

3.1.6. Die Wesenseigenschaften lebendiger Körper mit positionalem Charakter

- Dynamische Merkmale lebendiger Körper; Prozess und Entwicklung

Ausgehend von der Positionalität lässt sich nun die Frage stellen, welche Wesenseigenschaft einem Körper zukommt, der positionalen Charakter besitzt. Im Folgenden sei auf die Begriffe ‚Prozess‘ und ‚Entwicklung‘ hingewiesen.

Hier setzt Plessner mit dem Prozesscharakter des Organischen an: „Ein Ding kann nur sein, indem es wird; der Prozeß ist die Weise des Seins“ (SO, S. 132).

Hier ist ein dynamisches Moment beziehungsweise Wesensmerkmal des Lebendigen angesprochen, denn das Ding, sofern es lebendig ist und sich in den zwei Richtungen ‚über ihm hinaus‘ und ‚in ihn hinein‘ verwirklicht, kann nicht in seiner selbst gezogenen Begrenzung verbleiben, es ist zum Übergang bestimmt (vgl. Pietrowicz 1992, S. 373- 374).

Verlässt aber ein Ding mit positionalem Charakter seine Begrenzung droht die Gefahr, dass es seine Gestalt verliert.

Dies wird verhindert, indem dem

dynamischen Moment [als dem Übergehen des Beharrenden in etwas; Anm.: A.K.] ein statisches [als dem Beharrenden; Anm.: A.K.] entgegengesetzt [wird]. Dies wird durch die doppelsinnige Funktion der Grenze gewährleistet, zu deren Wesen neben dem Moment des Übergehens dasjenige des Stehens gehört. (..)

Im Prozess des Werdens verändert sich das lebendige Ding, es wird anders, doch bleibt dabei immer seine ‚Diesselbigkeit‘, sein ‚Etwas‘, das sich verändert hat, gewahrt (Pietrowicz 1992, S. 374).

Dieses konstante ‚Etwas‘ bleibt also im Prozess des Werdens erhalten und bestimmt sich nach Plessner als ‚Typus‘ oder ‚Gestaltsidee‘ (vgl. SO, S. 136).

Das lebendige Ding bleibt also was es ist und geht über „in das, was es nicht ist (über ihm hinaus) ‚und‘ in das, was es ist (in ihm hinein)“ (SO, S. 138).

Daraus konstituiert sich nach Plessner das Moment der ‚Entwicklung‘ als Wesenseigentümlichkeit lebendiger Körper, das die Momente ‚Wachstum‘ und ‚Differenzierung‘ impliziert (vgl. SO, S. 145).

Im Prozess der Entwicklung bringt der lebendige Körper Schritt für Schritt eine an Größe und Mannigfaltigkeit reichere Struktur hervor (vgl. Pietrowicz 1992, S. 375).

Dieses Moment der Entwicklung impliziert ebenso Altern und den Tod (vgl. SO, S. 146ff.).

- Statische Merkmale lebendiger Körper

Neben den dynamischen Merkmalen lebendiger Körper gibt es statische Wesensmerkmale lebendiger Körper.

Diese sieht Plessner in der ‚Organisiertheit‘, ‚Vermittlung‘ und ‚Zeithaftigkeit‘ des Organischen, sowie in dem, dass Lebewesen einen Körper ‚haben‘ (vgl. Pietrowicz 1992, S. 378- 381).

Wie bereits erwähnt, ist ein lebendiger Körper in seinem besonderen Verhältnis zur Grenze durch Positionalität ausgezeichnet, durch die er sich vom unbelebten Körper unterscheidet. Wesentlich ist, dass dem lebendigen Körper die Grenze sowohl ihm selbst, als auch dem Anderen angehört (vgl. Kapitel ‚Der Begriff der Grenze‘).

Lebendige Körper sind raumbehauptende Körper und haben einen natürlichen Ort.

Im Gegensatz zum unbelebten Körper, der als raumerfüllende Körper an einer Stelle in einer Umgebung ist, „[ist] das lebendige Ding in ihm selber, [es steht] zur Stelle seines Seins außerdem noch in Beziehung. [Es ist] ‚in den Raum hinein‘ und damit gegen die Umgebung gestellt“ (SO, S. 157).

Was bedeutet aber nun dieses ‚in ihm Sein‘?

- Lebewesen haben Körper (Körper-Haben)

Was Plessner nun folgert ist, dass dieses Implizieren der Grenze des lebendigen Körpers ebenso ermöglicht, dass der lebendige Körper „gleichzeitig ein eigenes Verhältnis zu seiner Grenze einnimmt: der Körper als ein Begrenztes (dem die Grenze selbst angehört) macht nicht ‚in‘ der Grenze, sondern ‚vor‘ der Grenze Halt.“ (Pietrowicz 1992, S. 379)

Dies ist allein unter einem unräumlichen Gedankengang möglich.

Nach Plessner reicht der lebendige Körper „nicht ganz zu ihr (..). Er macht also vor dem, was er noch ist, bereits Halt. Er hört eher auf, als faktisch seinem Sein entspricht“ (SO, S. 157).

Dies bedeutet, dass der lebendige Körper doch, obwohl er bis *in* seine Grenzen, die er selbst realisiert, reicht, „er doch *vor* der Grenze (als einer Grenze) anhalten und sie außer Acht lassen [muss]. Realisierung der Grenze heißt dann: Irrealisierung der Grenze. Nach dieser These, auf der die ganze Untersuchung ruht, soll Realisierung der Grenze möglich sein“ (SO, S. 158).

Möglich wird das ‚in ihm Sein‘ nach Plessner am Körper, indem sich dieser auf einen unräumlichen Zentralpunkt bezieht, der dem umgrenzenden Körpergebiet als Zentrum dient, und das Körpergebiet zu einem System macht (vgl. SO, S. 158).

Durch diesen Zentralpunkt wird der lebendige Körper zu einem ‚Selbst‘, das Teile hat und gleichzeitig wegen diesem Zentralpunkt den Körper mit der Einheit seiner Teile eigen hat.

Sprachlich lässt sich dies nach Plessner nur durch das Wort ‚Haben‘ ausdrücken, somit ‚hat‘ das Lebewesen einen Körper (SO, S. 158).

Dies ist insofern von zentraler Bedeutung, als dass Plessner, indem er Lebewesen die Strukturen zuschreibt ein Selbst zu sein *und* einen Körper zu haben, hier erst überhaupt die Möglichkeit eröffnet, den Begriff des Bewusstseins zu entfalten (vgl. SO, S. 159).

Das ‚Selbst‘, das Bewusstsein, ‚ergibt‘ sich aus dem positionalen Charakter lebendiger Organismen und kommt entgegen dem cartesianischen Alternativprinzip nicht bloß dem Menschen zu (vgl. Pietrowicz 1992, S. 380).

- Organisiertheit

Neben der Wesenseigenschaft des Körper-Habens, haben lebendige Organismen im Unterschied zu bloß physischen Dingen neben einem substantiellen Kern, also einem Kern als Zentrum der das Ding konstituiert, dessen Gestalt trägt und als unräumlich verstandener Verknüpfungspunkt den mannigfaltigen Teilen zu einer Einheit dient, auch einen tiefer sitzenden Kern (vgl. SO, S. 159- 160).

So stehen lebendige Dinge „nicht nur im Aspekt eines Kerns, erscheinen ‚vom Kern‘ her, sondern sind kernig, kernhaltig“ (SO, S. 161).

Seine Funktion hat dieser tiefer sitzende Kern als ‚Mitte‘ des Raumes, den der lebendige Körper in seinen Grenzen eingenommen hat (vgl. SO, S. 161).

- Vermittelte Unvermittelbarkeit

Ein weiteres Kennzeichen organischer Körper ist nach Plessner die „Vermittlung“ (STO, S. 168).

Zum einen gliedert der Körper seine Gesamtheit in Organe, die „in bezug auf seine Gesamtheit einfache Teile sind, zum anderen in bezug auf ihn als Selbst (als Subjekt des Habens) Glieder sind, die er hat, und schließlich Mittel sind, „durch deren Vermittlung seiner Ganzheit zur Ganzheit er in den Teilen vertreten ist“ (Pietrowicz, S. 383; vgl. SO, S. 168).

Als ‚Selbst‘ hat das Lebewesen die Organe als Mittel zum Leben. Die Ganzheit des lebendigen Körpers ist *unmittelbar* selbst in seinen Teilen potentiell, und gleichzeitig auch selbst *vermittelt* in seinen Teilen aktuell vorhanden. Dadurch zeichnet sich die Daseinsweise lebendiger Körper nach Plessner durch „vermittelte Unmittelbarkeit“ aus (SO, S. 169; vgl. Pietrowicz 1992, S. 383).

- Zeithaftigkeit

Ein weiteres Wesensmerkmal organischer Körper ist die „Zeithaftigkeit“, denn „[s]ofern der lebendige Körper in ihm hineingesetzt ist (raumhaft) und er mit diesem Charakter der Positionalität einen raumbehauptenden Körper darstellt, ist er potentiell in seinem aktuellen Dasein, ist er ihm selber vorweg“ (SO, S. 177).

Wie schon erwähnt stehen lebendige Körper im Unterschied zu unbelebten Körper in einem Raum-Zeit-Verhältnis. Der lebendige Körper ist ‚im Raum hinein‘, und somit auch ‚in die Zeit hinein‘.

Plessner weist also die Positionalität als Grundkategorie des Seins aus.

Im Folgenden wird nun auszuführen sein, inwieweit sich zwischen den Stufen des Organischen, also der Pflanze, dem Tier und dem Menschen Unterschiede bezüglich ihres positionalen Charakters ausfindig machen lassen, und wie Plessner die besondere Seinsweise des Menschen durch die ihm allein zukommende ‚exzentrische Positionalität‘ entwickelt (siehe Kapitel ‚Die exzentrische Positionalität des Menschen‘).

- Positionsfeld, Lebenskreis, Funktionskreis und die Öffnung der Organe als Vermittler

Der lebendige Körper ist sowohl auf sein Umfeld, als auch auf sich selbst bezogen. Durch den positionalen Charakter des lebendigen Körper beziehungsweise Organismus, steht dieser mit dem angrenzenden Medium in Beziehung. Dieses bezeichnet Plessner als ‚Positionsfeld‘ (vgl. Pietrowicz 1992, S. 386- 387).

Das Positionsfeld auf der einen, und der Organismus auf der anderen Seite bilden nach Plessner den ‚Lebenskreis‘ (vgl. SO, S. 185f.).

Zwischen dem Positionsfeld und dem Organismus vermitteln die Organe, durch die der Organismus mit der Umwelt verbunden ist und einen ‚Funktionskreis‘ bildet (vgl. SO, S. 192).

„Die Organe in ihrer Funktion als Vermittler ‚öffnen‘ den Organismus gegen das Medium und gliedern ihn in das Positionsfeld ein. – und nehmen ihm damit gleichzeitig seine Selbstständigkeit“ (Pietrowicz 1992, S. 387).

Durch das Eingliedern des Organismus in ein Ganzes, in diesem er Teil wird, verliert der Organismus zwar an Autarkie, bleibt aber dennoch autonom, „weil nichts an ihn herankommt und auf ihn Einfluß gewinnt, was er nicht dem Organismus-eigenen Gesetz des begrenzt-grenzhaften Systems unterwirft“ (Pietrowicz 1992, S. 387; vgl. SO, S. 193).

Wichtig ist, dass der Organismus erst durch die Eingliederung in den Lebenskreis zu seiner Einheit gelangt. „Der Organismus ist Einheit nur als durch Anderes, als er selbst ist, in ihm vermittelter Körper, Glied eines Ganzen, das über ihm hinausgeht“ (SO, S. 195).

Der Vollzug des Lebenskreises, sowie die Öffnung des Organismus gegenüber dem Positionsfeld durch die Vermittlerfunktion der Organe geben dem Organismus seine Einheit.

Wie bisher beschrieben, zeichnet sich der lebendige Körper nach Plessner durch sein besonderes Grenzverhältnis aus.

Dem lebendigen Körper gehört seine Grenze selbst an. Er ist Grenze seiner selbst und Grenze seines angrenzenden Mediums, und somit sowohl ihm selbst, als auch dem Anderen entgegen. Der lebendige Körper ist sowohl ‚über ihm hinaus‘, sofern seine Grenze ihn nicht einschließt und der lebendige Körper der Grenze des Anderen gegenüber aufgeschlossen ist, als auch ‚ihm entgegen‘, nämlich „drückt die Grenze auch (..) auch ein gegensinniges Verhältnis zwischen dem Körper und dem angrenzenden Medium aus (..). Der Übergang wird somit vom lebendigen Körper zugleich geleistet und annulliert, weshalb der Körper also sowohl ‚über ihm hinaus‘ und ‚ihm entgegen‘ ist“ (Pietrowicz 1992, S. 368).

In dieser Doppelaspektivität des ‚über ihm hinaus‘ und ‚ihm entgegen‘ besteht der Charakter der Positionalität von Lebewesen.

Ausgehend von dieser dialektischen Struktur der Positionalität als Ausdruck des doppelsinnigen Verhältnisses des lebendigen Körpers zu seiner Grenze, hat Plessner zunächst die dem lebendigen Körper zukommenden dynamischen und statischen Wesensmerkmale beschrieben.

Aus ebenderselben dialektischen Struktur gilt es jetzt nach Plessner, die verschiedenen Stufen des Organischen, die Organisationsformen der Pflanze, des Tieres und die des Menschen zu entwickeln, wobei Plessner Letztem die besondere Eigenschaft der ‚exzentrischen Positionalität‘ geben wird.

Helmuth Plessner unterscheidet zunächst zwischen der Organisationsform der Pflanze und der des Tieres indem er zwischen der Pflanze als ‚offener Form‘ die ‚geschlossene Form‘ des Tieres unterscheidet.

3.2. Die offene Organisationsform der Pflanze

„Offen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen unmittelbar zu seiner Umgebung eingliedert und ihn zum unselbstständigen Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht“ (SO, S. 219).

Das Positionsfeld der Pflanze ist begrenzt. Durch Stoffwechsel und Fortpflanzung sind Pflanzen unmittelbar in die Umwelt eingliedert.

Sie verbleiben meist an einem Ort und bewegen sich nicht fort:

Sie unterliegen ihren meist rhythmisch ablaufenden Prozessen restlos den durch das Medium und Eigenveränderung eingepaßten Körpers gegebenen Bedingungen. (..) Alle Bewegungen gehen an der Pflanze vor sich, nie ‚von‘ der Pflanze ‚aus‘; wie denn auch die offene Form kein Zentrum hat, von dem aus – instinktiv, triebhaft oder willentlich – Bewegungsimpulse möglich sind (SO, S. 223).

Ebenso haben Pflanzen als offene Form keine Zentralorgane, sind nicht zu Empfindungen und Handlungen fähig und besitzen kein Gedächtnis (vgl. Pietrowicz 1992, S. 400).

3.3. Die geschlossene Organisationsform des Tieres

Im Gegensatz zur offenen Form der Pflanze, besteht die Organisationsform des Tieres in einer geschlossenen Form.

So Plessner: „Geschlossen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen mittelbar seiner Umgebung eingliedert und ihn zum selbstständigen Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht“ (SO, S. 226).

Wie kann sich das Tier in seine Umwelt eingliedern?

Das Tier kann sich in seine Umwelt eingliedern, indem es sich gegen seine Umwelt ‚abkammert‘:

Die Abkammerung hat dabei den Sinn der mittelbaren Eingliederung in das Medium. Auf Grund des vermittelten Kontaktes bleibt dem Organismus nicht nur eine größere Geschlossenheit als den pflanzlichen Lebewesen gewahrt, sondern er erhält echte Selbstständigkeit (..) die zugleich eine neue Existenzbasis bedeutet (SO, S. 226).

Es geht nun darum, dass der Organismus ein Zwischenglied zwischen sich und dem Lebenskreis einschaltet, das den Kontakt zum Medium übernimmt. Als Zwischenglied dient der Organisationsform des Tieres der Körper. Organisierte Körper haben Grenzflächen, die den Körper aber nicht einschließen dürfen, da sonst die Organe ihre Vermittlerfunktion zwischen ihm und dem Medium nicht verwirklichen können.

Der Körper muss, so Plessner, „in ihm selber in einen Antagonismus zerfallen“ (SO, S. 227), er muss die Grenze in ihm selber haben, wenn er gegenüber dem Medium eine Einheit bilden soll.

„Kraft dieses Antagonismus schließt sich der Organismus zu einer Einheit zusammen.

Die Gegensinnigkeit vermittelt ihn mit ihm selber zur geschlossenen Ganzheit oder sie organisiert ihn“ (SO, S. 228).

Dem Antagonismus muss seinerseits etwas übergeordnet sein, um dessen organische Einheit zusammenzuhalten - dieses ist nach Plessner das Zentrum, das den Körper mit seinen Organen repräsentiert (vgl. SO, S. 228- 229).

Der Organismus steht mit dem Medium zum einen in einer passiven-hinnehmenden Beziehung (sensorische Zone), in der er Reize des Mediums bemerkt, und zum anderen in einer aktiv-gestaltenden Beziehung (motorische Zone) in der er auf das Medium einwirkt (vgl. Pietrowicz 1992, S. 402).

Durch das sensomotorische Schema erlangt das Tier seine Wesensmerkmale, nämlich morphologisch gesehen durch die Ausbildung der Organe und Organsysteme sowie der Sinnesorgane und Bewegungsorgane. Physiologisch gesehen erlangt das Tier die Fähigkeit zur Spontanbewegung und vorwiegend zur Ortsbewegung, „auf eigene Organkreise verteilte und in Etappen gegliederte Zirkulation, Atmung, Ernährung (allein auf Grund organischer Stoffe) sowie Empfindung“ (SO, S. 230).

Die Bedingung für das Realsein der geschlossenen Organisationsform des Tieres ist nach Plessner nun die Vermittlung dieses ‚Zentralorgans‘, dem zentralen Nervensystem beziehungsweise dem Gehirn zwischen den einander gegensätzlichen sensorischen und motorischen Zonen der Organisation.

Durch das Auftreten des Zentralorgans als Repräsentant der Organe innerhalb des Körpers sowie dem Körper mit der Gesamtheit aller Organe, kommt es zu einer physischen Verdoppelung. Der Körper ist somit nochmals im Zentralorgan vertreten.

Durch diese Verdoppelung ist es nun dem Organismus möglich, sich in seine Umgebung einzugliedern, da der Organismus zwischen sich und dem Medium seinen Körper als Zwischenschicht schiebt.

Durch dieses Zentralorgan, das den Körper mit seinen Organen repräsentiert, bekommt der Körper einen ‚Leib‘, und dadurch ist dieser Leib vom Körper abgehoben. Dadurch gelangt der Organismus auf ein höheres ‚Seinsniveau‘. Die Existenzweise des tierischen Organismus liegt im Körper-Haben und in seinem Leib-Sein. Das Tier ‚ist‘ Körper und ‚hat‘ wegen des Zentralorgans einen Leib.

Die Mitte oder das Selbst des tierischen Körpers vermittelt zwischen dem Körper und dem Leib und wird zu sich selbst in Beziehung gesetzt, es wird zu einem rückbezüglichen ‚Selbst‘ und ist sich somit selbst ‚gegenwärtig‘ (vgl. Pietrowicz 1992, S. 403- 405).

„In dieser Distanz zum eigenen Leib hat der lebendige Körper auch sein Medium als vom eigenen Leib abgehobenes und entgegenstehendes Feld; er merkt es und wirkt spontan-bewußt auf es ein“ (Pietrowicz 1992, S. 406; vgl. SO, S. 240).

Der tierischen Organisation sind aber „weder seine Zentralität (das Haben des eigenen Körperleibes) noch seine Spontanität (das Haben des Mediums) nochmals reflexiv gegeben“ (Pietrowicz 1992, S. 406).

Dies ist zentral, denn das Tier erlebt sich nicht selbst. Es lebt zwar sowohl in seine Mitte hinein, als auch aus dieser heraus, allerdings nicht in seiner Mitte.

Dem Tier ist die positionale Mitte des Hier-Jetzt nicht noch einmal reflexiv gegeben, deshalb ist dem Tier das Umfeld ‚offen‘ und ‚fremd‘.

Gegenüber dieser offenen und fremden Zone des Umfelds nimmt das Tier die Position der ‚Frontalität‘ ein, die der tierischen Organisation im Folgenden zwei Möglichkeiten eröffnet, sich mit seiner Umgebung in Beziehung zu setzen beziehungsweise auf einen Reiz - das was er merkt - mit einer entsprechenden Reaktion - sein Wirken - zu reagieren.

(vgl. Pietrowicz 1992, S. 406- 407; vgl. SO, S. 241- 245, sowie S. 287)

Diese Möglichkeiten sind nach Plessner der dezentralistische und der zentralistische Organisationstyp.

3.3.1. Der dezentralistische Organisationstyp

Durch das Bewusstsein, dem ‚Hiatus‘, der Sphäre zwischen Reiz und Reaktion, erfolgt die Reaktion auf den Reiz (vgl. SO, S. 245).

Beim dezentralisierten Organisationstyp des Tieres erfolgt die Zuordnung von Reiz und Reaktion aber nicht über das Bewusstsein, „die Zentren besorgen reflektorisch die Beantwortung der Fragen, welche das Umfeld an den Organismus stellt“ (SO, S. 246).

Die Daten aus der Umwelt treten niemals als Objekte auf, sie haben lediglich den Charakter eines Signals; die sensorischen Apparate treten hinter die motorischen Apparate zurück.

Dieser Organisationstyp kommt niederen Tieren zu (vgl. SO, S. 248).

3.3.2. Der zentralistische Organisationstyp

Beim zentralistischen Organisationstyp hingegen erfolgt die Zuordnung von Reiz und Reaktion über das Bewusstsein, und zwar ‚mitten‘ durch dieses ‚hindurch‘.

Es erfolgt somit über das Subjekt. Da die Zuordnung also mitten durch den Hiatus, das Bewusstsein, hindurch erfolgt, müssen auch „die Aktionen [des Lebens] auf *Grund* der Empfindungen erfolgen“ (SO, S. 249).

Um das Umfeld sensorisch kontrollieren zu können, müssen sich die Rezeptoren des Organismus differenzieren. „Mit der Differenzierung der Rezeptoren hält die Ausgestaltung des motorischen Apparates nur insofern Schritt, als eine immer stärkere Zentralisierung d. h. Subordination der Wirkzentren erfolgt“ (SO, S. 249).

Nach Plessner ist die höchste Stufe des tierischen Wesens dann erreicht, wenn die Aktionen des Organismus unter die Kontrolle der Empfindungen kommen. Somit „[ist]der eigene Körper dem Tier in Totalrepräsentation gegeben, und es besitzt eine gegenständliche Wirksphäre des Umfeldes“ (Pietrowicz 1992, S. 408).

In dieser höchsten Stufe des tierischen Wesens „gewinnt das Lebewesen durch Konfrontation mit einer Sphäre von Tatobjekten, denen es existentiell ausgeliefert ist, den größten Freiheitsgrad, die stärkste Machtfülle“ (SO, S. 250).

Mithilfe von Instinkten und Erfahrungen kompensiert das Tier die höhere Möglichkeit an Fehlentscheidungen in den jeweiligen Handlungen, die durch die größere Präsenz von gleichmöglichen Aktionsobjekten bedingt wird (vgl. SO, S. 250).

Abgeschlossen ist die Idee der geschlossenen Organisationsform nach Plessner in dem Moment, in dem das Tier sowohl seinen Leib als eine von ihm selbst eingenommene Zone, als auch seine Bewegung im Umfeld bemerkt. „Das Umfeld rückt mit eigener Grenze von ihm ab und bekommt Struktur“ (SO, S. 252).

Umfeld und Leib werden im Zentralorgan, also dem zentralen Nervensystem oder dem Gehirn, repräsentiert.

Zentral ist, dass dem Tier nach Plessner kein Gegenstandsbewusstsein zukommt, einem Tier sind immer nur Dinge, niemals Objekte gegeben (vgl. Pietrowicz 1992, S. 411).

Auch fehlt dem Tier -im Gegensatz zum Menschen- „der ‚Sinn für’s Negative‘. (...) Echte Dinge, wie sie der Mensch wahrnimmt, zeichnen sich im Anschauungsbild durch ein Plus (..) an Unsichtbarkeiten gegenüber dem reell anschaulichen Tatbestand aus, ein Plus an Negativität also“ (SO, S. 270):

Tiere sind nicht fähig, sich abwesende Dinge hinzuzudenken, noch können sie anwesende Dinge wegdenken. Die Negation ist ausschließlich dem Menschen möglich.

Dieser Sinn für’s Negative verleiht aber dem Ding erst Gegenständlichkeit, und dieser fehlt, im Gegensatz zum Menschen, beim Tier. So ist die Gegenständlichkeit dem Bewusstsein des Tieres verschlossen. Ebenso ist dem tierischen Bewusstsein durch den fehlenden Sinn für’s Negative das Bewusstsein der Sachverhalte verschlossen, da die Einsicht in diese „auf der Loslösung vom konkret Gegebenen, d. h. auf Abstraktion und Begriffsbildung“ beruht (Pietrowicz 1992, S. 411).

Dem tierischen Organismus fehlt, wie bereits bemerkt, die selbstreflexive Rückbezogenheit auf das Selbst, also das ‚Ich‘. So Plessner: „Die Schranke der tierischen Organisation liegt darin, daß dem Individuum sein Selber verborgen ist, weil es nicht in Beziehung zur positionalen Mitte steht, während Medium und eigener Körperleib ihm gegeben, auf die positionale Mitte, das absolute Hier-Jetzt bezogen sind“ (SO, S. 288).

Die positionale Mitte ist dem Tier nicht noch einmal gegeben, seine Existenz geht voll im Hier-Jetzt auf. Es lebt, wie bereits erwähnt, zwar aus seiner Mitte heraus und in seine Mitte hinein, jedoch nicht ‚als‘ Mitte. „Es erlebt Inhalte im Umfeld, Fremdes und Eigenes, es vermag auch über den eigenen Leib Herrschaft zu gewinnen, es bildet ein auf es selber rückbezogenes System, ein Sich, aber es erlebt nicht – sich“ (SO, S. 288).

Die zentrische Organisationsform des Tieres verfügt also noch nicht über eine volle Reflexivität. Sein Zentrum ist ihm noch nicht reflexiv gegeben beziehungsweise noch nicht bewusst.

Aufbauend auf der geschlossenen Organisationsform des Tieres, konstituiert Plessner nun die exzentrische Positionalität des Menschen als dessen besondere Seinsweise.

3.4. Die exzentrische Positionalität des Menschen

Dem Menschen ist die Rückbezüglichkeit zum eigenen Zentrum möglich.

[Als] das lebendige Ding, das in die Mitte seiner Existenz gestellt ist, weiß [er] diese Mitte, erlebt sie und ist darum über sie hinaus. Ist das Leben des Tieres zentrisch, so ist das Leben des Menschen, ohne die Zentrierung durchbrechen zu können, zugleich aus ihr heraus, exzentrisch. *Exzentrizität* ist die für den Menschen charakteristische Form seiner frontalen Gestelltheit gegen das Umfeld (SO, S. 291- 292).

Der Mensch ist nach Plessner „in das in seine eigene Mitte Gesetzsein gesetzt, durch das Hindurch seiner Einheit vermittelten Sein“ (SO, S. 290).

Der Mensch ist in seine Grenze gesetzt und über die Grenze hinaus, die ihn begrenzt. Er ist in der Lage, sich exzentrisch zu sich selbst in Distanz bringen, „zwischen sich und seine Erlebnisse eine Kluft zu setzen. Dann ist [er] diesseits und jenseits der Kluft, gebunden im Körper, gebunden in der Seele und zugleich nirgends, ortlos außer aller Bindung in Raum und Zeit“ (SO, S. 291).

Ebenso wie die zentrische Organisationsform des Tieres, geht der Mensch im Hier-Jetzt auf. Im Gegensatz zum Tier aber weiß der Mensch um die Zentralität seiner Existenz.

Er weiß um sich und bemerkt sich und darin liegt das

Ich, der hinter sich liegende Fluchtpunkt der eigenen Innerlichkeit, der jedem möglichen Vollzug des Lebens aus der eigenen Mitte entzogen den Zuschauer gegenüber dem Szenarium dieses Innenfeldes bildet, der nicht mehr objektivierbare, nicht mehr in Gegenstandsstellung zu rückende Subjektpol. Zu immer neuen Akten der Reflexion auf sich selber, zu einem regressus ad infinitum des Selbstbewusstsein ist (..) die Spaltung in Außenfeld, Innenfeld und Bewußtsein vollzogen (SO, S. 290- 291).

Durch die Möglichkeit zur exzentrischen Positionalität ist also die höchste Organisationsform gegeben: Der Mensch kann zu sich selber in Distanz treten, sowohl zu seinem Leib, als auch zu seinem Selbst, „er erlebt sein Erleben“ (SO, S. 292).

Die exzentrische Positionalität ermöglicht es dem Mensch, auf sich selbst zu reflektieren.

3.4.1. Körper-Sein (Körper) und Körper-Haben (Leib)

Die menschliche Existenz ist im unaufhebbaren Doppelaspekt von gleichzeitigem Körper- und Leibsein.

Als Leib ist der Mensch nach Plessner „um eine absolute Mitte konzentrisch geschlossenes System in einem Raum und einer Zeit von absoluten Richtungen“ (STO, S. 294).

Als Körper ist der Mensch „als Ding unter Dingen an beliebigen Stellen des Einen Raum-Zeit Kontinuums“ (STO, S. 294).

Nach Plessner sind Körper und Leib material voneinander nicht trennbar und nicht ein und dasselbe, sie fallen aber dennoch nicht zusammen (vgl. SO, S. 295).

Der Mensch ist aus seiner exzentrischen Positionalität heraus ‚als‘ Leib ‚im‘ Körper, der Mensch *hat* also einen Körper und *ist* zugleich Leib. Dies ist, wie bereits gesehen, auch bei der zentrischen Organisationsform des Tieres der Fall. Diesem fehlt aber die Reflexion auf die eigene Mitte, es erlebt sich nicht als ein Inneres, als Ich.

Da durch die exzentrische Positionalität dem Menschen die Möglichkeit zur Totalreflexion gegeben ist, wird ihm seine zweifache physische Verfasstheit bewusst.

Aus dem den Menschen zukommenden Verhältnis „ ‚als‘ Leib ‚im‘ Körper ergibt sich der Zwang für den Menschen, zwischen dem Körperding, was er nun mal ist, und dem von ihm beherrschten Leib einen immer wieder neuen Ausgleich zu finden“ (Pietrowicz 1992, S. 428).

Der Mensch entdeckt hier „den Instrumentalcharakter seines physischen Daseins, die Möglichkeit, seinen Körper (Leib) als Mittel zum Gehen, Tragen, Stoßen, Greifen etc. zu gebrauchen. Und ebenso, wie diese ‚Instrumentalität‘ des Leibes aus den ständig neuen ausgleichenden Spannungen zwischen Körper-Sein und Körper-Haben resultiert, so auch die ‚Expressivität‘ des Leibes, die sich in Gestik, Mimik, Haltung und Sprache äußert“ (Pietrowicz 1992, S. 428).

Dieser ständige Ausgleich der Spannungen des Körper- Leib Verhältnis kann jedoch nicht immer bewerkstelligt werden.

Dies zeigt sich an den Reaktionen von Lachen und Weinen, die allein dem Menschen zukommen.

3.4.2. *Exkurs: Vom Lachen und Weinen*

Plessners methodische Zugangsweise in den ‚Stufen‘ fließt in seine Untersuchungen vom „Lachen und Weinen“ von 1941 ein (vgl. Pietrowicz 1992, S. 326).

In „Lachen und Weinen“ zielt Plessner darauf hin, dass „[w]ir den Nachdruck darauf [legen], daß des Menschen Existenz in der Welt durch das Verhältnis zu seinem Körper bestimmt, das Verständnis menschlichen Wesens an die Möglichkeit von Ausdruck als Einheit aus geistigen, seelischen und körperlichen Komponenten gebunden sei“ (Plessner 1961, zit. n. Pietrowicz 1992, S. 326).

Es gilt ein Verständnis des Wesens der menschlichen Existenz ausfindig zu machen, zu dem Plessner mit der „Methode der Grenzforschung, (...) welche er vom Ausdrucksverhalten und dem eigentümlichen Körper-Leib Verhältnis des Menschen her zu einem Verständnis des Wesens der menschlichen Existenz in seiner ganzen Fülle körperlicher und geistiger Grund- Komponenten zu gelangen sucht“ (ebd., S. 326).

Der Mensch in einer Zwischenzone als Grenzzone zwischen Innen und Außen, Innen bezeichnet den geistig-psychischen Aspekt, Außen den körperlich-physiologischen Aspekt. „Lachen und Weinen sind Plessner zufolge nun gerade solche Ausdrucksweisen des Menschen, die in dieser Innen-Außen Grenzzone menschlicher Existenz liegen und gleichermaßen von seiner physisch-psychischen Einheit wie auch von seinem ihm eigenen labilen Körper-Leib-Verhältnis zeugen. (...) [D]urch die Analyse dieser Grenzreaktionen menschlichen Verhaltens [lässt sich] die konstante Grundfigur menschlichen Daseins aufdecken“ (ebd., S. 327).

Dieses labile Verhältnis zwischen Körper und Leib hat der Mensch ständig in einen neuen Ausgleich zu bringen. Gelingt der Ausgleich nicht, verliert die Person die Kontrolle:

„Der Mensch fällt ins Lachen, er läßt sich ins Weinen fallen. Stellen Sprache, Handlung, Ausdruck und Gebärde den gefundenen Ausgleich zwischen Körper-Sein und Körper-Haben dar, so weisen dagegen Lachen und Weinen auf die Gebrochenheit und Unergründbarkeit im Verhältnis des Menschen zu seinem Körper hin, welches ihm durch seine exzentrischen Positionenform (auf-)gegeben ist“ (ebd., S. 329).

3.4.3. Außenwelt, Innenwelt, Mitwelt

Der Mensch ist nach Plessner in einer dreifachen Positionalität gekennzeichnet, nämlich *als* Körper, *im* Körper und *außerhalb* des Körpers. Durch diese Charakteristika ist er Subjekt des Erlebens, seiner Wahrnehmungen und Aktionen. Er ist *Person* (vgl. SO, S. 293).

Dieser dreifachen Positionalität entsprechend befindet sich der Mensch in der Welt, die Außenwelt, Innenwelt und Mitwelt darstellt und in denen er jeweils „[i]n doppelter Distanz zum Körper [lebt], d.h. noch vom Selbstsein in seiner Mitte, dem Innenleben, abgehoben“ (SO, S. 293).

In jeder dieser Welten begegnen dem Menschen Dinge, die eigene Wirklichkeiten haben.

Die Außenwelt ist die Sphäre, die von Dingen und Gegenständen erfüllt ist.

Der Mensch ist durch seine exzentrische Positionalität mit seinem Körper in dieser Außenwelt und in seinem Leib, dem Ich, in sich selbst (vgl. SO, S. 293f.).

In der Innenwelt zeigt sich nach Plessner der Doppelaspekt von „Seele“ und „Erlebnis“ (SO, S. 295f.).

Der Mensch ist sowohl selbst das Zentrum seiner inneren Erlebnisse, aufgrund seiner Exzentrizität nimmt er aber auch als ‚Ich‘ Abstand zu seinen Erlebnissen, um diese reflektieren zu können.

Auch die Mitwelt ist dem Mensch aufgrund seiner exzentrischen Positionalität gegeben. Dadurch, dass sich der Mensch von sich selbst noch einmal abheben kann, ist ihm die Mitwelt des Anderen automatisch gegeben.

Durch die exzentrische Positionalität des Menschen ergibt sich für diesen die Frage, wie er mit dieser Stellung umgehen soll, wie er leben soll.

Der Mensch als Wesen der Kultur muss selbst eine Ordnung schaffen, er muss sich selbst Normen setzen da er ohne diese nicht existieren kann (vgl. Pietrowicz 1992, S. 444ff.)

Der Mensch vollzieht die Vermittlung zur Außenwelt selbst und ist sich bewusst darüber. Er ist ein geschichtliches Wesen (vgl. ebd., S. 450).

3.4.4. Plessners Rollenkonzept

Durch seine Exzentrizität hat der Mensch die Fähigkeit zum Ausdruck.

Er gibt sich selbst Form, kann sich selbst gegenüber treten und eine Rolle spielen. Seine Identität erlangt er nur über Andere.

„Mitwelt ist die vom Menschen als Sphäre anderer Menschen erfaßte Form der eigenen Position. (..) die Mitwelt umgibt nicht die Person, (..) erfüllt auch nicht die Person, (..) [sie] trägt die Person (..). Zwischen mir und mir, mir und ihm liegt die Sphäre dieser Welt des Geistes“ (SO, S. 302- 303).

Um Person zu sein, muss der Mensch zwischen Körper-Sein und Körper-Haben einen Ausgleich finden (vgl. Pietrowicz 1992, S. 461- 465).

Die Personifikation verläuft prozesshaft, sie „beginnt mit der Geburt, (..) die Namensgebung macht den Menschen sowohl für ihn selbst als auch für andere zu einem ansprechbaren Individuum, wobei der Name zugleich dessen unteilbare Einheit garantiert“ (ebd., S. 465).

Der Mensch spielt eine soziale Rolle über den Anderen. Er soll sich in einer Rollenfigur verdoppeln, nur dann ist er Mensch denn er identifiziert sich mit etwas, was er zugleich nicht ist. Die Sprache ist eine besondere Ausdrucksform des Menschen, sie stellt ein besonderes Wesensmerkmal dar (ebd., S. 471- 473).

4. Fetale Chirurgie

„[F]etal surgery [is] a medical treatment in which a pregnant woman's at risk fetus is partially taken out of her uterus, operated on and, if it survives the operation, replaced in her womb for continued gestation" (Casper 1998, S. 2).

Durch gezielte experimentelle Forschung ist es gelungen, in den bis vor einigen Jahrzehnten ‚geschützten‘ Ort des Mutterleibs einzudringen und direkt am Fötus gezielte chirurgische Eingriffe vorzunehmen.

Ohne diese chirurgischen Maßnahme wäre der Fötus außerhalb des Mutterleibs nicht, beziehungsweise nur bedingt überlebensfähig, auch wenn eine gezielte postnatale Therapie folgen würde.

Fetale Chirurgie stellt somit ein völlig neues, durch Multidisziplinarität gekennzeichnetes Fachgebiet dar, dessen Besonderheit es ist, dass der Zugang zu dem erkrankten Patienten, nämlich dem Fetus, durch den Körper der schwangeren Frau als nicht erkrankte Patientin erfolgt. Ziel solcher Eingriffe ist es, angeborene organische Fehlbildungen des Fetus während der fetalen Entwicklung pränatal *in utero* operativ zu korrigieren und dadurch zu verhindern, dass organische Fehlbildungen, die während der Schwangerschaft auftreten können, postnatal zum Tod oder zu irreversiblen Schädigungen des Fetus führen können (vgl. Hosie/Wollmann/Neff 2005, S. 757).

Im Folgenden werde ich zunächst die geschichtlichen Entwicklungen betrachten, die zu diesem medizinisch-technisch hochspezialisierten Fachgebiet geführt haben.

Anschließend gehe ich auf die Indikationen und Patientenselektion ein, die für intrauterine chirurgische Eingriffe in Frage kommen und werde sowohl die chirurgischen Verfahrensweisen, als auch diverse Krankheitsbilder skizzieren.

4.1. Geschichtliche Entwicklungen in der fetalen Chirurgie

Wie bereits erwähnt stellt fetale Chirurgie ein völlig neuartiges Fachgebiet dar, das besonders durch die Zusammenarbeit unterschiedlich ausgebildeter und qualifizierter Fachkräfte durch Multi,- und Interdisziplinarität gekennzeichnet ist und ihren Ausgang in den Fortschritten im Bereich der Pränataldiagnostik der sechziger Jahre in den USA nimmt.

Monica Casper (1998) skizziert in *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery* diese historischen Entwicklungen im Bereich der pränatalen Diagnostik die es erstmals möglich machten, den Fetus als Patient intrauterin zu behandeln. Somit gelten diese Erkenntnisse als Wegbereiter zur fetalen Chirurgie.

Vor allem drei Namen stehen mit diesen Entwicklungen Mitte der Sechziger in New York an der Columbia University im Vordergrund, nämlich Vincent Freda, Karliss Adamson und William Liley. (vgl. ebd., S. 31ff.)

„The work they accomplished, and the connections they established with each other, were vital to the making of the unborn patient. Their combined efforts led to ideas and innovations that have shaped reproductive and fetal medicine” (ebd., S. 31).

4.1.1. Der Rhesus Faktor und die Rhesusfaktor-Krankheit

Um die geschichtlichen Ereignisse, die zur Fetalchirurgie geführt haben einfangen zu können ist es nötig, die Ergebnisse und Entwicklungen im Bereich der Rhesusfaktor Forschung der sechziger Jahre in den USA zu betrachten.

Unter dem Rhesusfaktor (Rh- Faktor), dessen Name vom Rhesus Affen stammt an dem man experimentiert hat, versteht man ein Protein, das die roten Blutkörperchen umgibt.

Diejenigen, die ein solches Protein besitzen sind Rhesusfaktor positiv. Dies betrifft 85 Prozent der Menschen.

Diejenigen, denen dieses Protein zur Gänze oder teilweise fehlt sind Rh- Faktor negativ.

Kommt es zu einer Schwangerschaft und der Rhesusfaktor des Blutes der Mutter ist negativ und unterscheidet sich von dem des Fetus, der positiv ist, führt dies zu einer Inkompatibilität beider Immunsysteme.

Das mütterliche Immunsystem nimmt das des Fetus als Eindringling wahr und attackiert aufgrund des unterschiedlichen Rh- Faktors die Blutkörperchen des Fetus.

Das mütterliche Blut, das Rhesusfaktor negativ ist, versucht das des Fetus zu zerstören indem es Antikörper produziert. Gelangen diese Antikörper über die Plazenta in den fetalen Blutkreislauf, produziert dieser eine große Menge an roten Blutkörperchen um diejenigen zu ersetzen, die durch die Produktion von Antikörper zerstört wurden.

Diese vom fetalen Blutkreislauf produzierten roten Blutkörperchen sind jedoch nicht voll ausgebildet. Dies kann zu Anämie und anderen Krankheiten wie Gelbsucht und fetalem Hydrops führen, bei dem sich Flüssigkeit in weiten Teilen des fetalen Körpers sammelt. Dies wird mit einer neuen Krankheit in Verbindung, der Rhesusfaktor-Krankheit (vgl. Casper 1998, S. 243- 244; S. 31ff.).

Diese aus dem unterschiedlichen Rh- Faktor der schwangeren Frau und des Fetus resultierende Rhesusfaktor-Krankheit stellte besonders in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein weit verbreitetes Problem dar.

In der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg waren die Chancen für schwangere Frauen, die Rhesus Faktor negativ waren, sehr gering, ein gesundes Kind zu bekommen.

Kommt es einmal zu einer Inkompatibilität des mütterlichen und fetalen Immunsystems aufgrund des unterschiedlichen Rhesusfaktors während einer Schwangerschaft, ist die Frau für zukünftige Schwangerschaften mit diesem Problem belastet (vgl. Casper 1998, S. 33ff.).

Zwischen 1930 und 1960 galt die Forschung der Prävention beziehungsweise der erfolgreichen Behandlung von Feten und Neugeborenen, die von der Rhesusfaktor-Krankheit betroffen sind (vgl. ebd., S. 33).

Dazu war es zunächst Aufgabe, sorgfältig Faktoren zu dokumentieren, die Rh-Faktor negativ Schwangerschaften begleiten.

„[T]aking careful histories of a woman’s previous blood transfusion, identifying blood type (A, B, O) and Rh-factors for all pregnant patients, screening patients for antibodies, and determining the husband or partner’s Rh factor” (ebd., S. 33).

Auf Basis dessen wurden Behandlungsmethoden wie der therapeutischen Plasma Austausch entwickelt, um beispielsweise anämische Neugeborene zu behandeln (ebd., S. 33).

Vincent Freda und Kollegen entwickelten 1961 die intrauterine Anti-D Immunprophylaxe, eine Impfung die der Frau mit Rh-Faktor negativ nach der ersten Schwangerschaft verabreicht wird um Rhesusfaktor Erkrankungen präventiv vorzubeugen.

„This ‘vaccine’ still in use as Rhogam, is given to Rh-negative women after their first pregnancies. The drug effectively inhibits antibody production by 'lending' a woman antibodies before her body has a chance to produce them” (ebd., S. 34).

Diese Behandlungsmethoden ermöglichen es also sowohl betroffene schwangere Frauen, als auch Neugeborene zu behandeln.

Jedoch war es noch nicht möglich, den Fetus direkt im Mutterleib zu therapieren.

„What medical researchers envisioned was a technique that would enable them to transfuse fetuses while still in the womb” (ebd., S. 34).

Die Entwicklung der intrauterine Transfusion bei Rh-Faktor negativ Komplikationen im Jahr 1963 durch William Liley und Kollegen stellt einen entscheidenden Schritt hin zur direkten Behandlung des Fetus als Patienten innerhalb des Mutterleibs dar.

4.1.2. Die intrauterine Transfusion

Besonders die experimentellen Tätigkeiten bezüglich den Entwicklungen der intrauterinen Transfusion bei der Rhesus-Krankheit von Wiliam Liley und Kollegen Anfang der Sechziger am National Women's Hospital in Auckland, Neuseeland, ist für die Entstehung des Fachbereichs der fetalen Chirurgie von großer Bedeutung.

Durch die intrauterine Transfusion wurde es möglich bei einer Inkompatibilität des Rh-Faktors des fetalen und mütterlichen Blutes, Blutzellen in die fetale Blutzirkulation zu transferieren, die mit dem Rhesus Faktor des mütterlichen Blutes kompatibel sind.

Zwei Faktoren begünstigten die Möglichkeiten von Wiliam Liley, seine Forschungen durchzuführen:

Zum einen der leichte Zugang zu Forschungsmaterial, nämlich Schafen, die in Neuseeland zu einer großen Zahl vorhanden sind, und zum anderen der leichte Zugang zu Forschungsobjekten, nämlich schwangeren Frauen (vgl. Casper 1998, S. 37).

„The hospital was established by Parliament to provide every woman in New Zealand with free access to health care. As with any teaching hospital, this arrangement provided a steady stream of human subjects for clinical research and offered a capable group of providers versed in the most up-to-date techniques” (ebd., S. 37).

Liley und Kollegen versprachen sich von der Untersuchung des Fruchtwassers Aufschluss über den Krankheitsverlauf im Falle einer Rh- Inkompatibilität zu bekommen.

Um diese besser verstehen zu können, verwendeten Wiliam Liley und Kollegen die Amnionzentese, die Fruchtwasseruntersuchung, die heutzutage im klinischen Alltag der pränatalen Verfahrensdiagnostik als Routine gilt, in den sechziger Jahren jedoch durchaus riskant war.

Liley führte eine Nadel durch die Bauchdecke der schwangeren Frau in den amniotischen Sack des Fetus um Fruchtwasser zu unternehmen und untersuchen zu können.

Dieses Verfahren stellte eine große Herausforderung dar, da der Ultraschall als Standardverfahren in der Schwangerschaftsvorsorge noch nicht etabliert war und es daher äußerst schwierig war, den Fetus innerhalb des Mutterleibs zu lokalisieren.

Mithilfe der Amnionzentese konnten die behandelnden Ärzte mehr über den Zustand der roten Blutkörperchen schwer erkrankter Feten und dem Grad derer Anämie erfahren und durch dementsprechende, weitere Maßnahmen sowohl das Risiko einer Totgeburt durch eine frühzeitige Entbindung, als auch die bestehenden Risiken nach einer Entbindung gering halten (vgl. Casper 1998, S. 39- 40).

So konnte 1962 mithilfe der Fruchtwasseruntersuchung das Sterblichkeitsrisiko des Fetus im Gestationsalter zwischen der 29. und 32. Schwangerschaftswoche bei einer auftretenden Anämie von vormals bis zu 25 Prozent auf neun Prozent verringert werden (ebd., S. 40).

Lileys Aufmerksamkeit galt aber schließlich vor allem schwer erkrankten Feten vor der 34. Schwangerschaftswoche, da diese unbehandelt weder im Mutterleib, noch nach einer frühzeitigen Entbindung außerhalb des Mutterleibs überlebensfähig waren.

Entscheidend für die Entwicklung der intrauterinen Transfusion war, dass Liley während der Durchführung einer Amnionzentese versehentlich die Bauchhöhle des Fetus punktierte, und somit anstatt Fruchtwasser, Flüssigkeit aus der fetalen Bauchhöhle entnahm. Dies brachte ihn auf die Idee, eine Transfusion direkt über den Uterus der schwangeren Frau in die fetale Blutzirkulation durchzuführen.

1967 erfolgte die weltweit erste erfolgreiche intrauterine Transfusion und somit zum ersten Mal die Behandlung des Fetus *als* Patient.

Dieses Verfahren stellte aber ebenso wie die Amnionzentese eine große Herausforderung an das ärztliche Team dar, da es äußerst schwierig war, ohne Ultraschall den Fetus im Uterus zu lokalisieren zumal fetale Bewegungen eine zusätzliche Schwierigkeit darstellten.

Wenn der Fetus den Eingriff überlebte, mussten abermals Transfusionen durchgeführt werden. Auch gab es keine Garantie dafür, dass der Fetus die injizierten roten Blutkörperchen eingliedert beziehungsweise absorbiert, dementsprechend war die Erfolgsrate relativ gering:

„[T]here were sixteen cases involving twenty-two transfusions, (...) six surviving foetuses or a survival rate of 37.5 percent. In 1969 the survival rate had risen slightly to 39.5 percent, based on 167 pregnancies , 328 fetal transfusions, and 60 survivors” (Casper 1998, S. 44).

4.1.3. Der erste offene fetalchirurgische Eingriff und die besonderen Eigenschaften der fetalen Wundheilung

Gerade angesichts dieser Problematik der Lokalisierung des Fetus im Mutterleib, versuchten Karliss Adamson und Kollegen in Puerto Rico auf Basis der Erkenntnisse von William Liley die Transfusion mithilfe einer anderwärtigen Verfahrensweise, nämlich der offenen fetalen Chirurgie (vgl. Casper 1998, S. 51f.).

Durch die Öffnung der Bauchdecke und des Uterus der schwangeren Frau wurde es nun erstmals möglich, den erkrankten Fetus innerhalb des Mutterleibes zu lokalisieren und zu visualisieren. Die direkte Behandlung erfolgt durch die partielle Entnahme des Fetus aus dem Uterus.

Bevor Adamson und Kollegen den experimentellen, für die Frau und den Fetus hoch riskanten Eingriff durchführen konnten, wurde dieser in einer Vielzahl von Forschungsprojekten am Tiermodell getestet.

Adamson und Kollegen führten den Eingriff schließlich erstmals an einer im vierten Monat schwangeren, 33-jährigen Patientin durch, deren Fetus ugehend eine Transfusion benötigte (vgl. ebd., S. 55).

Obwohl die Operation angesichts der schwierigen Umstände für Frau und Fetus gut verlief, verstarb das Neugeborene zwei Tage nach dem Eingriff und einer anschließenden vaginalen Entbindung an den Folgen der Unterentwicklung der Lungen.

Es zeigte sich vor allem ein großer Nachteil gegenüber der nicht-chirurgischen Verfahrensweise von Liley, nämlich traten frühzeitig Wehen auf, nachdem der Uterus geöffnet wurde. Mit dieser Komplikation ist die Fetalchirurgie bis heute konfrontiert (vgl. ebd., S. 55).

Der erste erfolgreiche offene fetalchirurgische Eingriff wurde 1981 von Michael R. Harrison und Team an der University of California, San Francisco (UCFS) durchgeführt, das neben dem Deutschen Zentrum für Fetalchirurgie & minimal-invasive Therapien in Gießen und Marburg (DZFT) unter der Leitung von Thomas Kohl zu den führenden Zentren weltweit gehört.

In dieser Zeit, also Anfang der achtziger Jahre, wurde ebenso eine entscheidende Beobachtung gemacht, nämlich verläuft die fetale Wundheilung im Gegensatz zur adulten sehr schnell und ohne Narbenbildung. Die Chancen, dass der Fetus nach einem fetalchirurgischen Eingriff ohne Narben zur Welt kommt sind bei geringerem Gestationsalter höher. Je jünger der Patient ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit der Narbenbildung.

Bis heute wird diese besondere Eigenschaft des fetalen Gewebes in der Forschung untersucht. Faktoren, die die narbenlose Heilung begünstigen sind der Mutterleib als sterile Umgebung des Fetus, sowie das nährstoffreiche Fruchtwasser, in dem der Fetus ‚schwimmt‘. Ebenso wird die Hyaluronsäure, die beim Wundheilprozess im menschlichen Körper das Zellwachstum fördert, während der fetalen Wundheilung in größeren Mengen produziert (vgl. Casper 1998, S. 99- 100).

Zunehmendes Wissen im Bereich der fetalen Physiologie, das vor allem durch unzählige Experimente am Tiermodell gewonnen wurde, Fortschritte im Bereich der pränatalen Diagnostik und insbesondere die Etablierung des Ultraschalls sind signifikant für die Entstehung der fetalen Chirurgie, und schlussendlich für den Werdegang des Fetus *als* Patient entscheidend.

4.2. Indikationsstellung und Patientenselektion

Wie schon erwähnt ist das Ziel der fetalen Chirurgie die pränatale, operative Korrektur schwerer organischer Fehlbildungen des Fetus *im Uterus*, die postnatal zum fetalen Tod, oder zu irreversiblen Schädigungen führen würden.

Die Besonderheit und natürlich besondere Herausforderung der fetalen Chirurgie liegt somit darin, dass der Zugang zum erkrankten Patienten, dem Fetus, über den Körper eines anderen, gesunden Patienten erfolgt, der schwangeren Frau (vgl. Hosie/Wollmann/Neff u.a. 2005, S. 754- 764).

Aus klinischer Sicht müssen bei der Indikationsstellung zu solchen Eingriffen daher eine Reihe von Kriterien beachtet werden, „[d]enn nur wenige Patienten mit extrem schlechter Prognose, trotz maximaler postnataler Therapie, kommen für einen fetalen Eingriff in Frage.“

(Hosie/Wollmann/Neff u.a. 2005, S. 757).

Grundsätzlich müssen Nutzen und Risiken eines pränatalen Eingriffs für die schwangere Frau und den Fetus gegenüber dem Nutzen eines postnatalen Eingriffs abgewogen werden.

Die Patientenselektion erfolgt anhand verschiedener klinischer Kriterien:

„Die Diagnose muss pränatal sicher zu stellen sein. Assoziierte letale [tödliche; Anm.: A.K.] Fehlbildungen oder Syndrome müssen ausgeschlossen werden. Die Prognose ohne Eingriff muss infaust [ungünstig; Anm.: A.K.] oder mit schwerwiegender Einschränkung der Lebensqualität verbunden sein“ (Strauss/Paek/Harrison u.a. 2001, S. 14).

Die Krankheitsentstehung muss reversibel, also rückbildungsfähig sein und die pränatale Intervention die Prognose ohne einen solchen Eingriff wesentlich verbessern. Über die Möglichkeit des Hinzuziehens einer Ethikkommission sowie der Aufklärung darüber, dass es sich bei diesen vorgeburtlichen Eingriffen um keine Standardverfahren, sondern um experimentelle Interventionen handelt, soll ausdrücklich eingegangen werden

(vgl. Hosie/Wollmann/Neff u.a. 2005, S. 757).

Eine interdisziplinäre Evaluation und ausführliche Aufklärungsarbeit von Seiten des behandelnden, multidisziplinären Ärzteteams ist daher von großer Bedeutung. Auf diverse Therapieoptionen sollte demnach ausdrücklich hingewiesen werden.

Bei schweren fetalen Fehlbildungen wie beispielsweise der Anenzephalie oder schweren chromosomalen Anomalien (Trisomie 13), die trotz aller möglichen postnatalen Therapiemöglichkeiten zum sicheren Tode des Fetus führen, besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung (vgl. Hosie/Wollmann/Neff u.a. 2005, S. 758).

„Not all women referred to fetal treatment units choose to have fetal surgery, which is only one, but certainly the most invasive, of several available treatment options. Other inventions include drug therapy or aborting the fetus, or even no treatment at all“ (Casper 1998, S. 124).

Während der potentielle Nutzen eines Eingriffs für den Fetus klar ersichtlich ist, da aufgrund des Krankheitsbildes sehr wahrscheinlich mit einem tödlichen Ausgang zu rechnen ist, ist hingegen der Nutzen für die schwangere Frau angesichts der Risiken des chirurgischen Eingriffs beziehungsweise der Eingriffe und den daraus resultierenden Folgen einer langen Bettruhe „zwiespältig. Eine fetale Fehlbildung beeinträchtigt in der Regel die maternale Gesundheit nicht. Mit einer Operation werden damit ausschließlich Interessen des ungeborenen Kindes vertreten“ (vgl. Strauss/Paek/Harrison u.a. 2001, S. 14).

4.3. Offene Fetalchirurgie und minimal-invasive Verfahren

Der fetalen Chirurgie stehen neben der medikamentösen Behandlung wesentlich zwei Arten von chirurgischen Eingriffen zu Verfügung:

Als invasives Verfahren die offene Fetalchirurgie, als minimal-invasives Verfahren die fetoskopische Chirurgie.

Beide Verfahren sind nach wie vor keine chirurgischen Standardverfahren, sondern befinden sich im experimentellen Stadium.

Bei einem offenen fetalchirurgischen Eingriff wird die unterste Schicht der Bauchdecke der Patientin geöffnet um den Uterus freilegen zu können. Unter der Verwendung spezieller Klammern um Blutungen vorzubeugen, wird der Uterus geöffnet, der vorgesehene chirurgische Eingriff am erkrankten Fetus vorgenommen, und der Uterus sowie die Bauchdecke der Frau wieder verschlossen

(vgl. UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

Der Eingriff erfolgt unter Vollnarkose und ist vom Verfahren her einem Kaiserschnitt ähnlich. Neben den Risiken, die generell Anästhesien und abdominale chirurgische Eingriffe bergen, treten durch die Operation fast immer vorzeitig Wehen ein.

Eine frühzeitige Entbindung ist deshalb sehr wahrscheinlich. Genaue Beobachtung und Überwachung der Schwangerschaft vor dem Eingriff und ein postoperativer stationärer Aufenthalt von drei bis sieben Tagen verbunden mit einer umfassenden medikamentösen Behandlung die ihrerseits Risiken bergen, sind nötig

(vgl. UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

Da ein offener fetalchirurgischer Eingriff somit eine große physische und psychische Belastung für die Frau darstellt, richtete die Forschung seit den neunziger Jahren ihren Blick auf fetoskopische Interventionen als alternative minimal-invasive Verfahren.

Die Fetoskopie ist ein ultraschallgesteuertes, endoskopisches Verfahren das es ermöglicht, ohne chirurgische Öffnung des Uterus den Fetus durch Echtzeitbilddaufnahmen des Endoskops zu visualisieren und fetalchirurgische Korrekturen vorzunehmen

(vgl. UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

Der Eingriff kann entweder durch einen Schnitt in die Hautdecke der Frau erfolgen, oder in manchen Fällen durch eine minimale Öffnung der Bauchdecke durchgeführt werden.

Diese Verfahren bedeuten somit ein geringeres operatives Risiko für die Frau. Meist reicht eine lokale Anästhesie des Abdomens und des Uterus aus.

Es ist aber dennoch, wenn auch seltener, das Auftreten frühzeitiger Wehen möglich. Auch ist weiterhin eine gezielte medikamentöse Behandlung nötig

(vgl. UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

Das am wenigsten invasive Verfahren, das in der Fetalchirurgie zur Anwendung kommt, ist die sogenannte ‚Fetal Image Guide Surgery (FIGS-IT)‘

(UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

Hier ist weder ein offener, noch ein fetoskopischer Eingriff nötig. Der Eingriff findet ebenfalls über die Hautdecke oder in manchen Fällen über die minimale Öffnung der Bauchdecke statt, ist jedoch allein durch den Ultraschall Bildgesteuert

(vgl. UCFS 2008, http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b).

4.4. Krankheitsbilder

Das Spektrum der fetalen Krankheiten, die mittlerweile für minimalinvasive Korrekturen in Frage kommen, reicht von Herz- und Lungenerkrankungen, Kehlkopf- und Luftröhrenverschlüsse, Harnabflussstörungen, vorzeitigem Blasensprung bis hin zu Zwillingserkrankungen.

Ein Beispiel für eine solche Zwillingserkrankung ist der ‚Parasiten‘-Zwilling (vgl. UKGM, http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16864.html).

Bei einer eineiigen Zwillingsschwangerschaft werden meist beide Feten über eine Plazenta versorgt.

Ist nun einer der beiden Feten so stark unterentwickelt, dass dieser außerhalb des Mutterleibs nicht lebensfähig wäre, hält der gesunde Fetus die Versorgung des anderen dennoch über die Plazenta weiter aufrecht und wäre nach der Geburt selbst nicht überlebensfähig.

In ungefähr 50 Prozent der Fälle kann es dazu kommen, dass der erkrankte Fetus so stark wächst, dass dies zu Kreislaufstörungen beim gesunden Fetus führen kann.

Um die Überlebensfähigkeit des gesunden Zwillings erhalten zu können und dem Risiko einer möglichen Hirnschädigung zu entgehen, kann durch ein minimal-invasives Verfahren die Nabelschnur des erkrankten Zwillings abgeschlossen werden

(vgl. UKGM, http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16864.html).

Das *Feto-Fetale Transfusionssyndrom* stellt ebenfalls eine Komplikation dar, die mit einem minimal-invasiven Eingriff behoben werden kann

(vgl. UKGM, http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16795.html)

Ungewöhnliche Gefäßverbindungen in der Plazenta, die sich bei einer eineiigen Schwangerschaft beide Feten teilen, führen dazu, dass der Blutaustausch zwischen beiden Feten gestört ist. Dadurch kann es zu starken Kreislaufstörungen beider Feten kommen. Somit besteht die Gefahr, dass beide nicht überlebensfähig sind.

Mithilfe Lasertechnologie können diese ungewöhnlichen Gefäßverbindungen in der Plazenta verschlossen werden, und meist eines beziehungsweise auch beide Feten überleben.

(vgl. UKGM, http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16795.html)

Die schwerste Form der *Spina bifida* ist die *Myelomeningocele*, eine Fehlbildung im Bereich des Kreuzbeins oder der Lendenwirbelsäule, bei der das Rückenmark und Wirbelbögen freiliegen. Im Zusammenhang mit Spina bifida spricht man deshalb auch vom ‚offenen Rücken‘

(vgl. Kohl 2012, http://www.dzft.de/?page_id=1041).

Abhängig davon in welchem Bereich der Wirbelsäule der Defekt auftritt, ist mit starken physischen Beeinträchtigungen nach der Geburt zu rechnen.

Diese Beeinträchtigungen wären durch Lähmungserscheinungen ausgelöste teilweise oder vollständige Gehunfähigkeit, Fehlfunktionen von Blase und Darm und Empfindungsstörungen (vgl. Kohl 2012, http://www.dzft.de/?page_id=1041).

Durch postnatale neurochirurgische Eingriffe konnte auf diese Folgeerscheinungen kein positiver Einfluss genommen werden. Diese wurden lediglich aus kosmetischen Gründen und zur Vermeidung von Infektionen durchgeführt.

Eine weitere Folge des Spina bifida ist der Hydrocephalus oder sogenannte ‚Wasserkopf‘. Bedingt durch die Verlagerung des Kleinhirns sowie Teilen des Hirnstamms kommt es zu einer erhöhten Produktion an Hirnflüssigkeit, die sich in den Hirnkammern ausdehnt.

Eine operative Anlegung eines Shunts ist nötig, damit überschüssige Hirnflüssigkeit abfließen kann. Hier ist auch zu bemerken, dass der Krankheitsverlauf mit einer normalen Entwicklung der Intelligenz einhergeht (vgl. Kohl 2012, http://www.dzft.de/?page_id=1041).

Das Auftreten der Krankheit kann mittels Ultraschall sehr früh diagnostiziert werden.

Da die Schwere der Folgeerscheinungen bei betroffenen Feten im Verlauf der Schwangerschaft zunimmt, wurden erstmals Mitte der neunziger Jahre in den USA offene fetalchirurgische Eingriffe vorgenommen, um die betroffenen Stellen bereits im Mutterleib zu verschließen

(vgl. Kohl 2012, http://www.dzft.de/?page_id=1041).

Vor der Entscheidung zu fetalchirurgische Eingriffe müssen immer zwischen Nutzen und Risiken einer pränatalen Intervention für die schwangere Frau und den Fetus, und den Vor,- und Nachteilen sowohl operativer als auch nichtoperativer postnataler Therapieoptionen abgewogen werden.

Gerade offene fetalchirurgische Maßnahmen stellen ein erhebliches Risiko für die Schwangere und den Fetus dar.

4.5. Studie im NEJM 2011 und aktuelle Entwicklungen

Im März 2011 erschien im New England Journal of Medicine (NEJM) „A Randomized trial of prae-natal vs postnatal Repair of Myelomeningocele“ (Adzick/Thom/Spong u.a. 2011, S. 993f.).

Diese Studie wurde im Zeitraum von Februar 2003 bis Dezember 2010 an drei Zentren in den USA durchgeführt.

Ausgangspunkt war die Annahme, dass eine offene fetalchirurgische pränatale Intervention gegenüber postnatalen Therapien positivere Folgen auf die neurologischen Funktionen des erkrankten Fetus haben könnte.

Ursprünglich war geplant, die Studie an 200 betroffenen schwangeren Frauen durchzuführen, die sich für die Teilnahme freiwillig gemeldet hatten. Die Zuweisung zur pränatalen oder postnatalen Gruppe geschah zufällig zu je 100 Probandinnen. Voraussetzung dafür war ein Gestationsalter des Fetus von weniger als 26. Wochen.

Betrachtet wurden die Ergebnisse der jeweiligen Eingriffe hinsichtlich der fetalen und neonatalen Sterblichkeit, der Notwendigkeit des Setzens eines Shunts nach einem Zeitraum von einem Jahr, und die Verbesserung der motorischen und geistigen Entwicklung nach 30 Monaten.

Aufgrund der positiven Resultate in derjenigen Gruppe, die sich einer pränatalen Intervention unterzogen haben, wurde die Studie nach 183 von 200 Fällen frühzeitig abgebrochen (vgl. Adzick/Thom/Spong u.a. 2011, S. 993).

Die Ergebnisse der pränatalen Gruppen zeigten gegenüber der postnatalen Gruppe, dass durch einen pränatalen Eingriff eine geringere Sterblichkeitsrate, eine geringere Notwendigkeit der Legung eines Shunts und verbesserte motorische und geistige Fähigkeiten erzielt werden konnten (vgl. Adzick/Thom/Spong u.a. 2011, S. 993).

Wie rasch die Entwicklungen vor sich gehen zeigt sich mittlerweile am Universitätsklinikum Gießen in Deutschland. Die Notwendigkeit eines offenen fetalchirurgischen Eingriffs wurde durch die Entwicklung einer minimal-intensiven Methode abgelöst [Anm.: Stand Februar 212].

In nur wenigen Jahrzehnten hat sich vor allem durch die Entwicklungen in der Pränataldiagnostik und dem Wissenszuwachs im Bereich der fetalen Pathophysiologie ein technisch hochspezialisiertes medizinisches Fachgebiet gebildet, dessen Grenzen unabsehbar sind. Während sich die Indikationsstellung für solche Eingriffe noch Mitte bis Ende der Neunziger Jahr auf letale Krankheitsbilder beschränkte, wird mittlerweile diskutiert, intrauterine Korrekturen auch an nicht letalen Fehlbildungen, wie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte durchzuführen. Dieser Eingriff wurde bereits erfolgreich am Tiermodell getestet (vgl. Papadopoulos/Zeilhofer/Feussner 2003, 70ff.).

4.6. Der Fetus als Patient

Wie beschrieben, steht zu Beginn der Geschichte der fetalen Chirurgie der Name William Liley, dessen Forschungsinteresse in den Sechziger und Siebziger Jahren vorwiegend dem Fetus galt. (siehe Kapitel ‚Geschichtliche Entwicklungen in der fetalen Chirurgie‘).

Entscheidend ist, dass Lileys Arbeit erstmals in die Richtung ging den Fetus direkt *als Patient innerhalb* des Körpers eines anderen Patienten behandeln zu können, dem der Frau.

Liley verfasste wissenschaftliche Artikel, die den Fetus als *Person* (vgl. Casper 1998, S. 61) beschrieben. In seinen Arbeiten betonte er die Individualität des Fetus vehement und grenzte diesen von der schwangeren Frau ab: „[T]he fetus is a young human, dynamic, plastic, resilient, in command of his own environment and destiny with a tenacious purpose. (...) Women speak of *their* waters breaking and *their* membranes rupturing, but such expressions are so much nonsense - these structures belong to the fetus“ (Casper 1998, S. 61).

Die schwangere Frau wird als „host“ für den Fetus gesehen, der sich innerhalb des „maternal environment“ (Casper 1998, S. 61) eigenständig entwickelt.

Es scheint hier auch nicht sonderlich verwunderlich, dass William Liley selbst auf Seiten der Abtreibungsgegner, der Pro-Life Bewegung, politisch aktiv war (Casper 1998, S. 59ff.).

Dies ist bereits ein erster Hinweis darauf, inwieweit fetale Chirurgie an soziokulturelle und politische Felder angrenzt.

Lileys Beschreibung des Fetus als eine sich eigenständige entwickelnde Entität, und wesentlich entscheidender- als Person zu denken, und diesen im Gegenzug unabhängig von der schwangeren Frau zu verhandeln bringt weitreichende Konsequenzen mit sich: Hier tritt der Fetus als autonomer Akteur auf, und ihm die schwangere Frau entgegen.

Inwieweit dem Fetus der Status einer Person zukommt und welche normativen Eigenschaften sich für diesen ergeben wurde ausführlich in der philosophischen Debatte um den moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten diskutiert.

5. Die Frage nach dem moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten

Wenn PhilosophInnen im Bereich der angewandte Ethik nach ethischen und moralischen Bewertungen von medizinisch-technischen Handlungsweisen und Handlungsmöglichkeiten bezüglich pränatalen Lebens fragen, geht dies immer auf die Frage nach dem moralischen Status menschlichen Embryonen und Feten zurück. Diese Frage ist geht stets mit der Frage nach dem Zeitpunkt vom Beginn menschlichen Lebens und dem daraus resultierenden Lebensschutz einher.

„Moralisch“ bedeutet hier, welcher moralische Wert im Sinne eines gewissen Rangs oder Grades an moralischer Berücksichtigung menschlichen Embryonen und Feten zukommt.

Der Begriff „Status“ bezieht sich hingegen in einem stärkeren Sinne auf Rechte wie Schutz-, und Anspruchsrechte, die mitunter Embryonen und Feten zugeschrieben werden (vgl. Beauchamp/Walters 1999, S. 191).

Diese Fragestellung beschränkt sich aber nicht ausschließlich auf den akademisch-theoretischen Diskurs sondern ist motiviert durch gesellschaftspolitische Zusammenhänge, die ihrerseits auf diese Zusammenhänge zurückwirken (vgl. Kaminsky 1998, S. 9 ff.).

Denn die Frage nach dem Status menschlicher Embryonen und Feten und dessen Bestimmung hat sowohl direkten Einfluss auf medizinisch-technische Handlungsmöglichkeiten, als auch auf jene, die von diesen Handlungsweisen direkt betroffen sind.

Die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens als eine praktisch-ethische Fragestellung und der Versuch der Klärung des Status menschlicher Embryonen wurde besonders im Kontext der Debatte rund um den Schwangerschaftsabbruch ausführlich diskutiert.

Während über das Thema Abtreibung in der Öffentlichkeit westlicher Gesellschaften sehr ausgiebig debattiert wurde, finden andere medizinisch-technische Fortschritte vergleichsweise wenig kritische Resonanz. So verhält es sich auch in Hinblick auf die fetale Chirurgie.

Was heutzutage aus medizinischer Sicht aufgrund neuartiger technischer Entwicklungen und enormen Wissenszuwächsen in den Bereichen der Naturwissenschaften machbar geworden ist, ist schlicht erstaunlich.

Jeder Fortschritt eröffnet allerdings ein neues Feld an Handlungsweisen und Handlungsmöglichkeiten, die einer ethischen Reflexion und rechtlichen Legitimierung bedürfen. Die Frage nach den moralischen und rechtlichen Pflichten gegenüber Embryonen und Feten ist ein Hauptbestandteil der Statusdiskussion.

Die Suche nach einem markanten Punkt in der embryonalen Entwicklung und die damit einhergehende Frage, ab welchem Zeitpunkt man von menschlichem Leben spricht, ab wann dieses zu schützen ist und inwieweit man diesem die damit verbundenen Rechte, insbesondere das Recht auf Leben zuschreiben kann, bildet einen wichtigen Bestandteil in der bioethischen Debatte rund um den moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten.

Die Frage ist also:

Von welchem Zeitpunkt an ist menschliches Neu-Leben zu schützen, vom Zeitpunkt der Maturation oder Ejakulation von Ei oder Samen, vom Zeitpunkt der Befruchtung, vom Zeitpunkt des Verlustes der Teilbarkeit und Zwillingsbildungspotenz, vom Zeitpunkt der Implantation, vom Zeitpunkt normaler oder intensivmedizinisch unterstützter Lebensfähigkeit, vom Zeitpunkt des Beginns oder des Endes der Geburt an? (Sass 1989, S. 161)

5.1. Mensch, Person und Würde

Die Frage nach dem moralischen und normativen Status menschlicher Embryonen und Feten ist eng verbunden mit den Begriffen *Mensch*, *Person* und *Würde*.

- Mensch

In der bioethischen Diskussion stehen sich in Bezug auf die Merkmale menschlichen Lebens im Wesentlichen zwei Positionen gegenüber:

Auf der einen Seite wird *Menschsein* an rein menschlich spezifische, biologische Merkmale gebunden aufgrund deren menschliches Leben sich eindeutig von nicht-menschlichem Leben unterscheidet. Wie beispielsweise schon zu Beginn bei Helmuth Plessner erwähnt, ist der Mensch als einzige Organisationsform fähig zur exzentrischen Positionalität.

Der Mensch ist aber auch durch psychologische Merkmale charakterisiert, wie den Fähigkeiten zu lieben, Symbole zu verwenden oder sich Dinge vorstellen zu können.

Für die andere Position ist es daher ausschlaggebend, dass diese Merkmale vorhanden sind um biologisch menschliches Leben ausgestalten zu können (vgl. Beauchamp/Waters 1999, S. 190).

- Personen

Nach Plessner besitzt der Mensch aber auch als einziges Wesen ein Ich-Bewusstsein, er kann sich zu sich selbst und zu seiner Umwelt in Distanz bringen und sich mittels der Sprache zu ihr in Beziehung setzen.

Fähigkeiten wie das Ich-Bewusstsein, das Selbstbewusstsein, zu sich selbst in Distanz treten zu können und Kommunikation mittels Sprache sind kognitive Merkmale die neben anderen Kriterien wie zum Beispiel der Rationalität, sowie der Fähigkeit zu Urteilen von PhilosophInnen verwendet werden, um eine *Person* als solche zu qualifizieren.

(vgl. Birnbacher 2006, S. 58; vgl. Beauchamp/Walters 1999, S. 190- 191)

In der Frage, welche und wie viele solcher Kriterien erfüllt sein müssen um von einer Person sprechen zu können, wurden unterschiedliche Positionen herausgearbeitet (siehe Kapitel ‚Der Personenbegriff in der Statusdiskussion‘).

Zentral ist in den akademisch-theoretischen Argumentationen jedoch, dass es biologisch betrachtet menschliches Leben gibt, das einige oder auch alle solcher genannten Kriterien nicht erfüllt, so beispielsweise Embryonen und Feten, Neugeborene, komatöse PatientInnen sowie stark Demente oder auch stark psychisch gehandicapte Menschen (vgl. Singer 1994, S. 156).

Diese sind zwar biologisch gesehen Menschen, aber nicht Personen im Sinne von jenen, die im vollen Besitz entsprechender kognitiven Fähigkeiten wie beispielsweise dem Selbstbewusstsein sind.

So gibt es in der Diskussion Positionen, die solchen ‚Nicht-Personen‘ eine geringere Schutzwürdigkeit und weniger Rechte zusprechen als Personen, die diese Fähigkeiten aktuell besitzen (vgl. Singer 1994). Sie werden zwar moralisch berücksichtigt, allerdings nicht in einem ‚vollen‘ Sinne.

Es kommt hier hinzu, dass der Status einer Person nicht unbedingt an Mensch-Sein gebunden ist, sondern radikalere VertreterInnen dieser Position den Personenstatus auch nicht-menschlichen Wesen wie Menschenaffen zuschreiben (vgl. Birnbacher 2006, S. 53; vgl. Singer 1994, S. 156).

Der Personenstatus fällt demnach auch nicht-menschlichen Lebewesen zu, sofern diese bestimmte kognitive Fähigkeiten aufweisen (vgl. Singer 1994, S. 156).

Hier liegt also eine Trennung der Begriffe Mensch und Person vor (siehe Kapitel ‚Nichtäquivalenz-Doktrin‘).

Auf der anderen Seite werden die beiden Begriffe äquivalent verwendet.

Dies bedeutet, dass allen menschlichen Lebewesen aufgrund ihrer biologischen Ausstattung die gleichen Rechte zukommen und diese somit vollen moralischen Status besitzen (siehe Kapitel ‚Äquivalenz-Doktrin‘).

- Würde

Die Begriffe Mensch und Person sind beide mit dem Begriff der *Würde* verbunden.

Über die Bedeutung des Begriffs der Würde scheint ein allgemeiner, alltagsmoralischer Konsens zu herrschen, den man alltagssprachlich jedem lebendigen Menschen zuschreiben würde.

Ab welchem Zeitpunkt jedoch ergibt sich der Status, Träger von Würde zu sein?

Wird der Würdebegriff dem Menschen aufgrund seiner biologischen und genetischen Anlage zugeschrieben? Oder wird dieser Status ebenso wie von manchen PhilosophInnen bezüglich des Begriffs der Person an das Vorhandensein bestimmter kognitiver Fähigkeiten wie beispielsweise dem Ich-Bewusstsein gebunden?

Und zentral, welche Rechte und welcher Schutz ergeben sich aus diesem Status, Träger von Würde zu sein?

5.1.1. Der Würdebegriff in der Statusdiskussion

- Würde und Selbstbestimmung

„Der Begriff der Menschenwürde ist ein primär moralischer Begriff. Er spielt eine wichtige Rolle in der antiken Stoa, in der christlichen Überlieferung, in der Philosophie der Renaissance und zumal in der Moralphilosophie Immanuel Kants“ (Werner 2004, S. 200).

In der säkularen philosophischen Tradition wurde der Begriff der *Würde* in Verbindung mit Vernunftfähigkeit gebracht (vgl. Werner 2004, S. 200f.).

In der christlichen Tradition wurde die Würde des Menschen in seiner Ebenbildlichkeit Gottes begründet (siehe Kapitel ‚Die Position der römisch-katholischen Kirche‘).

Menschenwürde beruht auf der Fähigkeit des Menschen als vernunftbegabte Person fähig zur Selbstbestimmung zu sein. Hier lässt sich der Begriff der Würde also als besondere Auszeichnung des Menschen verstehen (vgl. Werner 2004, S. 200f.).

In Bezug auf den modernen Begriff der Menschenwürde wird auf Immanuel Kants Moralphilosophie und den kategorischen Imperativ und dessen Ausformulierungen rekurriert.

5.1.2. Würde und Autonomie bei Immanuel Kant: „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“

In der *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (GMS) von 1785 geht Kant hin zu einem Moralprinzip des Glücks verknüpft mit dem Begriff des Willens.

Glückseligkeit stellt hier nicht mehr das höchste Gut wie in der Antike dar, wir streben von selbst danach.

Die Aufgabe der Vernunft ist es uns dabei zu unterstützen, zu Glückseligkeit zu gelangen.

Als praktisches Vermögen ist sie dazu aber ungeeignet, da die wahre Bestimmung der Vernunft nicht in ihrer Nützlichkeit zu einem anderen Zweck liegt (vgl. GMS, S. 30- 32, [395]).

5.1.2.1. Der gute Wille

Der Mensch muss in seinem Handeln Ausschau nach denjenigen Gesetzen halten, die dem guten Willen, also einem vollständig von der Vernunft bestimmten Willen folgen: „Es ist überall nichts in der Welt, ja über auch außer demselben zu denken, was ohne Einschränkung für gut könnte gehalten werden, als allein ein guter Wille“ (GMS, S. 29, [394]).

Eben weil die Vernunft, als Naturanlage eines Lebewesens optimal an dessen Zweckausrichtung angepasst ist, gilt es einen Zweck zu entdecken.

Dieser Zweck ist der gute Willen, und stellt das absolute Gut dar: „[S]o muß die wahre Bestimmung [der Vernunft] sein, einen nicht etwa in anderer Absicht als Mittel, sondern an sich selbst guten *Willen* hervorzubringen. (...) Dieser Wille darf also zwar nicht das einzige und das ganze, aber er muss doch das höchste Gut und zu allem übrigen, selbst allem Verlangen nach Glückseligkeit die Bedingung sein“ (GMS, S. 33, [397]).

Durch den Willen unterscheidet sich der Mensch als Vernunftwesen beispielsweise von Tieren, die nach Gesetzen handeln, die in der Natur als Notwendigkeit gegeben sind. Der Mensch ist also mehr Vernunftwesen als Naturwesen.

Dennoch ist der Mensch als Vernunftwesen und Naturwesen Neigungen unterworfen und benötigt Pflichten. Hier unterscheidet Kant zwischen „Handeln aus Pflicht“ und „pflichtgemäße[m] Handeln“ (GMS, S. 35, [397]).

5.1.2.2. Handeln aus Pflicht

Der Mensch handelt aus Pflicht und macht sich dadurch Handlungsgrundsätze, Maximen als das „subjektive Prinzip des Wollens“ (GMS, S. 39, [401]) zu eigen.

Handeln aus Pflicht bedeutet sich also eine Maxime anzueignen, einen Handlungsgrundsatz, eine Willensbestimmung die sich die Person selbst auferlegt und die wohlüberlegt ist.

Ob nun eine Handlung einen moralischen Wert hat oder nicht zeigt Kant am Beispiel der Pflicht zur Erhaltung des Lebens und macht daran deutlich, dass allein die ängstliche Sorgfalt des Menschen um dessen Leben lediglich pflichtgemäßes Handeln darstellt, und somit kein moralischer Wert gegeben ist.

Wenn jedoch jemand sein Leben ganz und gar nicht mehr erträgt, und zwar ohne irgendeiner Neigung und dieses trotzdem erhält, dann handelt der Mensch aus Pflicht.

Somit hat die Handlung einen moralischen Wert der an der Maxime der Handlung auszumachen ist, für die man sich entscheidet (vgl. GMS, S. 34- 35, [397- 398]).

5.1.2.3. *Der hypothetische und der kategorischer Imperativ*

Der gute Wille kann sich nur folgendes Prinzip zum Gesetz machen, nämlich den kategorischen Imperativ. Dieser ist im Gegensatz zum hypothetischen Imperativ keiner Mittel – Zweck Relation unterworfen.

Der hypothetische Imperativ als *problematisch* praktisches Prinzip bezieht sich zum einen auf mögliche Absichten, wie man einen bestimmten Zweck möglichst gut erreichen kann. (vgl. GMS, S. 59, [414- 415]). Hier steht die Frage nach dem moralischen Wert einer Handlung nicht zu Debatte.

Zum anderen bezeichnet das *assetorisch* praktische Prinzip den Bezug des hypothetischen Imperativs auf eine wirkliche Absicht, die Absicht auf Glückseligkeit, die zum Mensch als Sinneswesen dazu gehört (vgl. GMS, S. 60, [415- 416]).

Der kategorische Imperativ hingegen gilt als Gesetz. Es geht um eine ‚an sich‘ gute Handlung, um objektive Zwecke und nicht um Absichten.

Es geht also nicht mehr um eine Handlung als Mittel – Zweck Relation im Sinne eines hypothetischen Imperativs, sondern um eine „an sich“ gute Handlung, um objektive Zwecke und nicht um Absichten (vgl. GMS, S. 58, [414]).

5.1.2.4. *Sittliche Autonomie des Menschen*

Der Mensch existiert nach Kant als ‚Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauche für diesen oder jenen Willen, sondern muß in allen seinen sowohl auf sich selbst, als auch auf andere Wesen gerichtete Handlungen jederzeit zugleich als Zweck betrachtet werden‘ (GMS, S. 78, [428]).

Das Prinzip des guten Willens ist die Gesetzmäßigkeit überhaupt. Ich kann nie anders verfahren als dass ich auch wollen könne, dass meine Maxime zum allgemeinen Gesetz wird, denn „die Idee des Willens jedes vernünftigen Wesens [ist die Idee] eines allgemein gesetzgebenden Willens“ (GMS, S. 82, [431]).

Der Mensch macht sich die Gesetze nach denen er handelt selbst. Dies bedeutet bei Kant „Autonomie des Willens“ (vgl. GMS; S. 94-95, [439-440]), das oberste praktische Gesetz der Sittlichkeit. „Freiheit“ muss nach Kant „als Eigenschaft des Willens aller vernünftigen Wesen vorausgesetzt werden“ (GMS, S. 105, [447]).

Dem Mensch ist bei Kant also durch die Vernunft eine moralische Freiheit gegeben, das Vermögen zur Selbstgesetzgebung (vgl. GMS, S. 95, [440]).

Würde kommt dem Menschen zu, da der Mensch Zweck an sich selbst ist und er durch die ihm gegebene Vernunft und den freien Willen fähig ist, sich selbst Zwecke zu setzen. Der Mensch ist fähig zur sittlichen Autonomie. Diese ist der Grund für die Selbstzweckhaftigkeit des Menschen und macht dessen Würde aus.

„Sittliche Autonomie“ kann dabei schlicht als Moralvermögen gelesen werden; es geht um die Fähigkeit, moralische Fragen als solche zu erkennen“ (Braun 2002, S. 83) und prinzipiell in der Lage zu sein, zwischen moralisch angemessenem und verwerflichem Handeln unterscheiden zu können.

5.1.2.5. Unterscheidung zwischen Sinnes- und Verstandeswelt

Nach Kant gelangt der Verstand niemals zum Ding-An-Sich sondern bloß zur Erkenntnis deren Erscheinungen. Durch die Vernunft kann sich der Mensch von Gegenständen, die bloß affiziert werden, unterscheiden.

Erfahrungen sind nach Kant beliebig und unsicher, da jeder anders affiziert wird. Es eignet sich also nichts als Prinzip, das aus der Erfahrung kommt. Es kommen dafür weder Folgen noch Motive in Frage, deshalb bleibt nur die Gesetzgebung über (vgl. GMS, S. 110, [451- 452]).

Mithilfe der Vernunft kann der Mensch sowohl zwischen Sinneswelt und Verstandeswelt, also auch zwischen Gesetzen unterscheiden nach denen er handelt, nämlich sowohl nach solchen die von der Natur abhängig sind, als auch nach denjenigen die unabhängig sind und sich in der Vernunft begründen. So Kant:

Um deswillen muß ein vernünftiges Wesen sich selbst als Intelligenz (..), nicht als zur Sinnen,- sondern zur Verstandeswelt gehörig, ansehen; mithin hat es zwei Standpunkte, daraus es sich selbst betrachtet und Gesetze des Gebrauchs seiner Kräfte, folglich aller seiner Handlungen erkennen kann, *einmal*, sofern es zur Sinnenwelt angehört, unter dem Naturgesetzen (Heteronomie), *zweitens*, als zur intelligibelen Welt gehörig, unter Gesetzen, die, von Natur unabhängig, nicht empirisch, sondern bloß in der Vernunft begründet sind (GMS, S. 112, [452]).

Das praktische Gesetz, der kategorische Imperativ „handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie allgemeines Gesetz werde“ (GMS, S. 68, [421]), der bei Kant im Sinne eines ‚Sittengesetz‘ verhandelt wird, ist dadurch möglich, da sich der Mensch trotz seiner Teilhabe an der Sinneswelt zur Verstandeswelt zählt und dort Handlungen nach dem Prinzip der Autonomie, des reinen Willens möglich sind (vgl. GMS, S. 113f., [453f.]).

In der *Metaphysik der Sitten* formuliert Kant:

Allein der Mensch als Person betrachtet, d. i. als Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft, ist über allen Preis erhaben; denn als solcher (homo noumenon) ist er nicht bloß als Mittel zu anderer ihren, ja selbst seinen eigenen Zwecken, sondern als Zweck an sich selbst zu schätzen, d. i. er besitzt eine Würde (einen absoluten innern Wert), wodurch er allen andern vernünftigen Weltwesen Achtung für ihn abnötigt, sich mit jedem anderen dieser Art messen und auf den Fuß der Gleichheit schätzen kann (Kant 1990, S. 319).

Der Mensch ist nach Kant also als vernünftiges Wesen, als Person Zweck an sich selbst (vgl. GMS, S. 78, [428]).

Seine Autonomie gründet in der Fähigkeit des vernunftbegabten Menschen zur Selbstgesetzgebung. Autonomie ist so der Grund für die menschliche Würde. Für Kant bedeutet ‚Autonomie‘ nach selbst aufgestellten Gesetzen jenseits von Lust und Neigungen zu handeln. Dadurch kann der Mensch aus Pflicht handeln und nicht nur pflichtgemäß (vgl. GMS, S.34f., [397f.]).

5.1.2.6. Menschenrechte und Menschenwürdenorm im Sinne der Selbstzweckformel des kategorischen Imperativs

In Artikel 1 Absatz 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union heißt es: ‚Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen‘

Das Grundrecht, die Würde des Menschen zu achten und zu schützen bedeutet gleichzeitig, die Menschenrechte - und damit die Menschenwürde - zu achten und zu schützen. Die Würde des Menschen bildet somit die Basis für Grund- und Menschenrechte.

Die Norm der Menschenwürde besteht somit in der Pflicht der Achtung und dem Schutz der Würde all jener, die von einer Handlung betroffen sind und diese Norm muss sich in den Menschenrechten konkretisieren (vgl. Werner 2004, S. 196ff.).

Die Pflicht der Achtung vor der Würde eines Menschen bezieht sich auf die Achtung der Fähigkeit zur vernünftigen Selbstbestimmung, zur Autonomie. Diese Eigenschaft des Menschen wird demnach als Grund angeführt, die Würde des Menschen zu wahren.

Als Voraussetzung dieser Fähigkeit zur vernünftigen Selbstbestimmung gelten Rechte wie das Recht auf Leben, das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit und das Recht auf Freiheit (vgl. Werner 2004, S. 200).

Diese Rechte im Sinne von Menschenrechte gilt es zu wahren, da sie als Basis dafür gelten, dass es dem Mensch überhaupt möglich wird, selbstbestimmt handeln zu können.

„Die Pflicht, die Würde von Menschen zu achten und zu schützen, impliziert also die Pflicht, ihr Leben, ihre Freiheit, ihre physische und psychische Gesundheit etc. zu achten und zu schützen. Von hier aus ist leicht ersichtlich, warum sich die Menschenwürdenorm in den Menschenrechten konkretisieren muss“ (ebd., S. 201).

Kants Selbstzweckformel, die dritte Form des kategorischen Imperativs, die in der Literatur in bezug auf das Instrumentalisierungsverbot genannt wird und die Menschenwürdenorm verdeutlicht, lautet:

„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest“ (GMS, S. 79, [429]).

Ebenso verdeutlicht die „Objektformel“ die Menschenwürdenorm, nämlich soll man niemals den Anderen als Subjekt zu einem bloßen Objekt herabwürdigen, sprich vollständig verdinglichen (vgl. ebd., S. 202).

Würde gründet also im Anspruch des Menschen, nicht durch Andere instrumentalisiert zu werden.

Wie lässt sich die Menschenwürdenorm nun begründen?

Hier werden Fragen aufgeworfen, so stellt sich die Frage danach, wie sich aus der Fähigkeit zur vernunftgemäßen Selbstbestimmung nun der Anspruch ableiten lässt, dass diese Fähigkeit gewahrt wird, denn „[i]st es nicht ein klarer Sein/Sollen-Fehlschluss, wenn man versucht, aus einer Eigenschaft – etwa der Vernunftfähigkeit des Menschen – eine moralische Norm abzuleiten, die den Schutz dieser Eigenschaft gebietet?“ (Werner 2004, S. 204)

Der Vorwurf des Sein/Sollen-Fehlschlusses, der auf David Hume zurückgeht, hält hier nach Werner insofern nicht, da es sich bei der Vernunftfähigkeit nicht um eine „rein empirische Eigenschaft (..) im Sinne der empirischen Naturwissenschaften [handelt]“ (ebd., S. 204).

Entscheidend ist die Anerkennung des Anderen als vernunftbegabte, zur freien Selbstbestimmung fähige Person und nicht als „bloße[s] Objekt einer empirisch-naturwissenschaftlichen Beobachtung (..) wenn wir seine – vielleicht ja vernünftigen – Äußerungen von vornherein nur als eine Art Geräusche oder kausal verursachter Körperbewegung in Betracht ziehen“ (ebd., S. 205).

Gerade in dieser wechselseitigen Anerkennung des Ichs und des Anderen als Subjekt, als Vernunftwesen, „können wir gar nicht umhin, ihm damit *implizit* ein *Recht* auf vernünftige Selbstbestimmung und deren Voraussetzungen zuzuerkennen- ebenso, wie wir für uns selbst dieses Recht beanspruchen müssen, um als Vernunftwesen Anerkennung finden und uns selbst als Vernunftwesen verstehen können“ (ebd., S. 205).

Wenn es aber Pflicht ist, die Menschenwürde zu achten und zu schützen, die die vernünftige Selbstbestimmung zur Voraussetzung hat ergibt sich die Frage, wie man sich zu menschlichen Embryonen zu verhalten hat, die diese Fähigkeit nicht besitzen.

Hier wird in der Diskussion auf die Potentialität menschlicher Embryonen verwiesen, die sich prozesshaft zu Individuen entwickeln, die zur freien Selbstbestimmung fähig sind.

Diese Frage ist aber nicht auf pränatales Leben beschränkt sondern betrifft auch jene, die beispielsweise aufgrund einer schweren mentalen Beeinträchtigung gar nicht fähig zu vernünftigen Selbstbestimmung sind (vgl. ebd., S. 210).

In der Diskussion sind die Positionen weit gefächert.

Der Rückgriff auf empirische Kriterien wie beispielsweise der Leidensfähigkeit, der Fähigkeit zur Kommunikation, dem Selbstbewusstsein sowie der Vernunftfähigkeit als nicht biologisch-empirisches Kriterium stellt die eine Seite dar (vgl. Graumann 2004, S. 129).

Anderen rekurren durch den Rückgriff auf die Biologie auf mögliche Zäsuren in der embryonalen Entwicklung wie dem mit „der Kernverschmelzung abgeschlossene Befruchtungsvorgang, der Verlust der Totipotenz und damit der Möglichkeit der Zwillingsbildung, d[er] Nidation, [oder] d[er] Ausbildung des Nervensystems“ (Graumann 2004, S. 128).

Die abgeschlossene Organogenese und die Lebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibs werden ebenfalls als moralisch relevante Zeitpunkte angegeben, um Embryonen und Feten Würde zuzuschreiben.

Der akademisch-theoretische Diskurs in der Frage nach dem moralischen Status menschlicher Embryonen und Feten wirkt aber wie bereits erwähnt auf gesellschaftliche Strukturen zurück.

Hierzu meint Dieter Birnbacher (2006), dass gerade aber in der Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens der Begriff der Würde in der bioethischen Debatte eine „Naturalisierung“, erfährt, „[u]nd nicht mehr primär dazu dient die ‚Autonomie‘, sondern stattdessen die ‚Naturwüchsigkeit‘ von Menschen zu schützen“ (Birnbacher 2006, S. 13).

Die Achtung der Würde des Menschen in seinen existentiellen Situationen im Sinne „der Unantastbarkeit von Freiheit, Privatsphäre, Selbstachtung und Existenzminimum“ (ebd., S. 83) wird in der Diskussion zurückgedrängt durch einen Begriff der Würde „im Sinne der Unantastbarkeit biologischer Strukturen und Verläufe“ (ebd., S. 83).

5.2. Der Personenbegriff in der Statusdiskussion

Die philosophische Diskussion um den moralischen Status von beginnendem, menschlichem Leben führt zurück auf das Fundament des Begriffs der *Person*.

Philosophiegeschichtlich bietet der Begriff der Person ein weites Spektrum an unterschiedlichen Ausdifferenzierungen.

Seinen Ursprung hat der Begriff im lateinischen Wort ‚persona‘, eine Maske, eine Rolle oder ein Charakter in der ein Schauspieler auf der Bühne schlüpft (vgl. Hildt 2006, S. 58; vgl. Spaemann 1996, S. 31).

Ende des 5. Jahrhunderts definierte Boethius eine Person als „das individuelle Dasein einer vernünftigen Natur“ (Boethius zit. n. Spaemann 1996, S. 9)

„Person ist demzufolge eine Substanz, d.h. unverändert bleibende Trägerin von Eigenschaften, die sich neben Naturhaftigkeit und dem Besitz von Rationalität insbesondere durch Individualität auszeichnet“ (Hildt 2006, S. 58).

Im Anschluss an Boethius‘ Definition hat sich die Philosophie auf die Suche nach bestimmten Wesenseigenschaft dieses ‚Vernünftigen‘ gemacht.

Nach John Locke „ist eine Person ein denkendes Wesen, das sich als sich selbst betrachten kann, als dasselbe denkende Wesen in verschiedenen Orten und Zeiten“ (Brandt 1994, S. 373).

So Locke (1975): „ ‚personal identity‘ consists, not in the Identity of Substance, but (..) in the Identity of conciousness“ (Locke 1975, Buch II, Kap. XXVII, § 19).

Die eigene Identität wird also durch das Bewusstsein konstituiert. Durch den Akt des Bewusstseins und nicht durch eine vermittelnde Idee, ist sich das Ich seiner selbst bewusst.

Bei Locke ist das Bewusstsein ein erinnerndes Bewusstsein. So kann sich das Ich an einem gegenwärtigen Zeitpunkt daran erinnern, an einem anderen Zeitpunkt selbst eine Handlung durchgeführt zu haben und kann dadurch verantwortlich gemacht werden (vgl. Brandt 1994, S. 374).

„Lockes Idee der Person ermöglicht Verantwortung für Handlungen in vergangenen Ich-Phasen, ohne auf identische Substanz der Seele zu rekurrieren“ (Brandt 1994, S. 374).

Personen sind zu Rationalität fähige, freie Wesen die ein Ich-Bewusstsein besitzen und denen es möglich ist, frei zu handeln und sich reflexiv zu sich selbst und zu denen von ihnen selbst verursachten Handlungen zu verhalten (vgl. Hildt 2006, S. 58f.).

„Sie sind soziale, kommunikationsfähige Wesen, die untereinander in vielfältiger Weise Beziehungen im familiären und gesellschaftlichen Kontext ausbilden. Für Personen charakteristisch ist die Fähigkeit zur reflektierender Selbstbewertung“ (ebd., S. 59).

Auch sind Personen fähig, Wünsche und Motive zu haben und diese zu bewerten.

Auch ist das Wissen um die eigene Existenz, wie bereits bei Plessner gesehen, ein Wesensmerkmal, das Personen auszeichnet (ebd., S. 59).

Grundsätzlich lassen sich in der bioethischen Debatte um den Personenstatus menschlicher Embryonen und Feten zwei Positionen herausstellen.

Die eine Position schreibt den Personenstatus allen menschlichen Lebewesen zu.

Die Zugehörigkeit zur Gattung *Homo sapiens sapiens* und damit der Besitz des für die Gattung charakteristischen Genoms reicht aus, um die mit dem Status einer Person verbundenen Rechte wie das Lebensrecht und das Freiheitsrecht zu besitzen. Mensch-Sein und Person-Sein fallen hier zusammen (siehe Kapitel ‚Äquivalenz-Doktrin‘).

Die andere Position verwendet die Begriffe Mensch und Person getrennt voneinander.

Dies bedeutet eben, dass sich aus der rein biologischen Tatsache, dass es sich um einen Menschen handelt nicht begründen lässt, dass es sich dabei auch notwendigerweise um eine Person handeln muss. Somit kann ein Wesen den besonderen moralischen und rechtlichen Status nicht aufgrund der Tatsache haben, dass dieses der Spezies ‚Mensch‘ angehört. Die Gattungszugehörigkeit ist ein naturalistisches Merkmal, aber kein moralisches. Aber es müssen moralische und kognitive Eigenschaften aufgewiesen werden um Embryonen denselben Status zuzuerkennen wie Personen, die diesen aufgrund dieser Merkmale bereits aktuell besitzen (siehe Kapitel ‚Nichtäquivalenz-Doktrin‘).

5.2.1. Das Dilemma des Personenbegriffs nach Dieter Birnbacher

Der Begriff der ‚Person‘, so Dieter Birnbacher in seinem Buch „Bioethik zwischen Natur und Interesse“ (2006), scheint sich in einer Dilemma Situation zu befinden, der in der bioethischen Debatten im Umgang mit tierischem und menschlichen Leben oftmals die Fronten erhärten lässt, und, so Birnbacher, „zur Gretchenfrage“ (Birnbacher 2006, S. 53). geworden ist.

Hierbei geht es nach Birnbacher weniger darum,

wie der sprachliche Ausdruck ‚Person‘ genauer zu verstehen ist, sondern wegen substanziell moralischen Differenzen darüber, auf *wen* dieser Ausdruck anzuwenden ist.

Nicht *was* eine Person ist, ist kontrovers, als vielmehr (...) *wer* eine Person ist: Sind nur menschliche oder auch außermenschliche Wesen Personen? Sind alle Menschen (oder menschlichen Wesen) Personen oder nur diejenigen, die bestimmte ‚personale‘ Merkmale aufweisen?“ (ebd., S. 53).

Wer eine Person ist, ist somit die Frage nach dem Status einer Person. Aus dieser Frage ergibt sich anschließend die normative Frage, *was* man mit dieser Person machen darf.

Wie bereits erwähnt stehen sich in der bioethischen Diskussion in diesem Streitpunkt um den Personenbegriff wesentlich zwei Meinungen gegenüber:

Auf der einen Seite werden die Begriffe ‚Mensch‘ und ‚Person‘ deckungsgleich verwendet (siehe Kapitel ‚Äquivalenz-Doktrin‘), auf der anderen Seite werden die Begriffe voneinander getrennt verhandelt (siehe Kapitel ‚Nichtäquivalenz-Doktrin‘).

5.2.2. Der Begriff der Person in gemischt-normativer Gebrauchsweise

Primär ist der Begriff Mensch in unseren alltäglichen Sprachgebrauch in deskriptiver Weise eingebettet. Dies gilt auch für den Personenbegriff, nach Birnbacher ist allerdings in der Bioethik die Verwendung eines rein deskriptiven Personenbegriffs selten (vgl. Birnbacher 2006, S. 56).

Nach Birnbacher wird in der Bioethik der Begriff der Person „als *gemischt normativer* Begriff verwendet, d.h. als ein Begriff mit sowohl deskriptiven als auch präskriptiven Anteilen“ (ebd., S. 57).

Im Gegensatz zum Begriff ‚Mensch‘, ist „[d]ie Verknüpfung des Begriffs ‚Person‘ mit bestimmten Rechtsansprüchen dabei eine eindeutig semantische oder begriffslogische Verknüpfung“ (ebd., S. 57).

Stellt man beispielsweise die Frage danach, ob ein Fetus ein Mensch ist wird gleichzeitig impliziert, dass dieser Fetus Mitglied der Spezies *Homo sapiens sapiens* ist und diesem dadurch bestimmte Rechte wie das Recht auf Leben zukommen.

Auch die Frage nach dem Zeitpunkt vom Beginn menschlichen Lebens impliziert, dass gleichsam die Frage nach dem Beginn des Lebensrechts gestellt wird.

Spricht man nun einem Menschen das Recht auf Leben ab, so Birnbacher, ist dies zwar ethisch, aber nicht in dem Sinne logisch falsch als es sein würde, würde man einer Person das Lebensrecht absprechen, denn „[w]ährend (..) die normative Konnotation beim Personenbegriff den semantischen Status einer Implikation hat, hat sie in diesen Fällen eher nur den Status einer (Griceschen) Implikatur“ (Birnbacher 2006, S. 57).

5.2.3. Die Äquivalenz-Doktrin

Der Mensch *ist* Person und demnach kommen allen menschlichen Wesen diejenigen moralischen Ansprüche und Rechte zu, wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Leben, die sich aus dem Personenstatus ergeben. Birnbacher (nennt dies „Äquivalenz-Doktrin“ (Birnbacher 2006, S. 54).

Dass ein Wesen Mensch ist wird bereits für sich selbst als hinreichend dafür angesehen, dass diesem Wesen die für Personen charakteristischen Rechte wie das Freiheitsrecht und das Recht auf Selbstbestimmung zukommen. Die Begriffe Mensch und Person werden hier austauschbar, sprich äquivalent verwendet.

5.2.3.1. Die Positton der römisch- katholischen Kirche

Nach der Lehre der katholischen Kirche ist das menschliche Leben unantastbar und ein Geschenk Gottes, das *donum vitae*, denn:

Gott erklärt sich zum absoluten Herrn über das Leben des nach seinem Bild und Gleichnis gestalteten Menschen (vgl. *Gen* 1,26-28). Das menschliche Leben weist somit einen heiligmäßigen und unverletzlichen Charakter auf, in dem sich die Unantastbarkeit des Schöpfers selbst widerspiegelt (Enzyklika *Evangelium Vitae* 2001, S. 67).

Das Leben des Menschen, und nur das des Menschen, das er durch das Geschenk Gottes empfängt ist heilig.

Ausgehend von der Thematik, inwieweit sich die Lehre der katholischen Kirche mit dem Fortschritt biomedizinischer Techniken beziehungsweise medizinischer Handlungsweisen in Bezug auf den Beginn menschlichen Lebens in Übereinstimmung bringen lässt, stellt sich in Teil I ‚Die Achtung vor dem menschlichen Embryo‘ (vgl. Kaminsky 1998, S.76) der Kongregation der Glaubenslehre die Frage nach einer angemessenen Achtung des menschlichen Embryo aufgrund seiner Natur und seiner Identität, denn „[j]edes menschliche Wesen muß - als Person- vom ersten Augenblick seines Daseins an geachtet werden“ (Instruktion der Glaubenslehre, zit. n. Kaminsky 1998, S. 76).

Der Frage, inwieweit es moralisch vertretbar ist, menschliche Embryonen zu Forschungszwecken zu gebrauchen und welche Normen dafür erarbeitet werden müssen, schickt die Lehre der katholischen Kirche vorweg, dass es sich bereits ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, und somit

schon vom ersten Augenblick an eine feste Struktur dieses Lebewesens vorliegt: eines Menschen nämlich, und zwar dieses konkreten menschlichen Individuums, das schon mit all seinen genau umschriebenen charakteristischen Merkmalen ausgestattet ist. Mit der Befruchtung beginnt das Abenteuer des menschlichen Lebens, dessen einzelne Anlagen Zeit brauchen, um richtig entfaltet und zum Handeln bereit zu werden (Instruktion der Glaubenslehre, zit. n. Kaminsky 1998, S. 76).

Mit dem Verweis auf Forschungsergebnisse im Bereich der Genetik die zeigen, dass die Zygote, die aus der Befruchtung entsteht, bereits mit einem spezifischen genetischen Code versehen ist wird also argumentiert, dass es sich somit bereits hier um individuelles, menschliches Leben handelt. Die Begriffe Mensch/Individuum und Person fallen hier also zusammen, denn ab dem Zeitpunkt vom Beginn menschlichen Lebens ist dieses als Person zu achten.

Wieso dieser Entwicklungsprozess aber gleichsam impliziert, dass es sich nicht nur um ein menschliches Wesen als Individuum, sondern ebenso um eine *Person* handelt ist nicht klar ersichtlich. Dies ist aber insofern wichtig, als dass die Zuschreibung an ein menschliches Individuum, ab dem Zeitpunkt der Empfängnis eine Person zu sein, mit Rechten wie dem Recht auf Leben verbunden ist.

5.2.3.1.1. *Der Begriff der ‚Beseelung‘ in der Lehre der katholischen Kirche*

Nach römisch-katholischer Sicht ist der Mensch, im letzten durch seine Herkunft von Gott, durch seine Gegenwart vor ihm und seine Beziehung zu ihm *seinshaft Person*. Die ‚Trennung von Individuum und Person im Menschen‘ ist danach ‚wesenswidrig‘. ‚Es geht nicht an, daß etwa eine ‚niedere Natur‘ und die geistige Sphäre je auf ein Individuum und eine Person verrechnet werden.‘ Der römisch-katholische Personenbegriff geht folglich auf das Verständnis des Menschen als ‚aus Leib und Seele einer‘ zurück (Kaminsky, 1998, S. 77).

Nach der Lehre der katholischen Kirche ist der Embryo ab dem Zeitpunkt der Empfängnis mit einer Geistseele ausgestattet. Auf der ihm dadurch verliehenen Würde gründet das Lebensrecht des Embryos.

Da sich die katholische Kirche nicht völlig darüber einig ist, an welchem Zeitpunkt diese Beseelung genau erfolgt, wurde die Empfängnis als möglicher Zeitpunkt gewählt um das Risiko zu vermeiden, eine bereits beseelte Person zu schädigen (vgl. Wetz 2004, S. 223; Kaminsky 1998, S. 78).

Neben der direkten Animation, die auf die Lehren von Papst Pius IX. im Jahr 1869 zurückgeht, vertrat Thomas von Aquin zuvor die Theorie der „Sukzessivbeseelung“ (Wetz 2004, S. 224; vgl. Kaminsky 1998, S. 79).

Thomas von Aquin führte diesbezüglich die aristotelische Lehre weiter, der zufolge zunächst die vegetative Seele entsteht, ab dem 40. Tag beim männlichen, ab dem 90. Tag nach der Empfängnis beim weiblichen Fetus entsteht dann die animale Seele. Letztendlich tritt die Geistseele nach der Geburt von außen in den Körper ein.

Thomas verfolgte diesen Gedanken von Aristoteles, formulierte diesen aber insofern um, als dass Gott bereits dem männlichen Fetus ab dem 40. Tag, und dem weiblichen ab dem 90. Tag nach der Befruchtung die Geistseele einhaucht.

Die Lehre der ‚Sukzessivbeseelung‘ unterschied demnach zwischen beseeltem Fetus und unbeseeltem Embryo. So wurde prinzipiell ein Schwangerschaftsabbruch so lange nicht als unrecht angesehen, solange die Leibesfrucht nicht beseelt und empfindungsfähig war.

Nachdem Papst Pius V. im Jahre 1588 die Lehre von der Sukzessivbeseelung abschaffte, daraufhin Papst Gregor XIV. diese 1591 wieder einführte, wurde diese von Papst Pius IX. endgültig verworfen. Seither gilt nach der Lehre der katholischen Kirche, dass der Embryo bereits ab dem Zeitpunkt der Befruchtung von Gott mit einer Geistseele ausgestattet ist (vgl. Wetz 2004, S. 224).

Die Menschwerdung, die äquivalent ein Werden der Person ist, wird nach der Lehre der katholischen Kirche also in der Prozesshaftigkeit menschlichen Lebens begründet.

Die Frage die sich stellt ist aber, ob diese Prozesshaftigkeit „Grund dafür ist, Werdendes moralisch so zu bewerten wie das Sein, das aus dem Werden erwartet wird“ (Kaminsky 1998, S. 87).

Um zu zeigen, dass dem so ist werden von VertreterInnen in der Diskussion um die Statusbestimmung menschlicher Embryonen und Feten die sogenannten ‚SKIP-Argumente‘ angeführt.

5.2.4. Die SKIP- Argumente und deren Kritik

Im Wesentlichen werden vier Argumente genannt, deren logische Struktur zeigen soll, dass jedem menschlichen Embryo Würde zukommt (vgl. Damschen/Schönecker 2003, S. 1ff.).

Diese Argumente sind im Folgenden das *Speziesargument*, das *Kontinuumsargument*, das *Identitätsargument* und das *Potentialitätsargument*.

Wie ich schon in Kapitel über den Würdebegriff beschrieben habe, bedeutet einem Wesen Würde zuzuschreiben analog dazu diesem Rechte zuzuerkennen.

Die SKIP- Argumente basieren auf einem starken Lebensschutz menschlicher Embryonen.

Ich möchte hiermit im Vorhinein darauf verweisen, dass der Begriff der Würde in der jeweils logischen Struktur der einzelnen Argumente, die von Damschen und Schoenecker (2003) zur allgemeinen Übersicht formuliert wurden, den Begriff der Schutzwürdigkeit beinhaltet. Wenn demnach von Würde ‚M‘ wie in Fußnote 1 die Rede ist, impliziert dies den Lebensschutz und das Tötungsverbot.

Da diese Argumente von VertreterInnen der Äquivalenz-Doktrin verwendet werden, ist es demnach im Folgenden nicht nötig, zwischen den Begriffen Mensch und Person zu unterscheiden (siehe Kapitel ‚Äquivalenz-Doktrin‘).

Auch sei hier bemerkt, dass die folgenden Argumente in der philosophischen Diskussion unterschiedlich miteinander kombiniert verwendet werden.

5.2.4.1. *Das Speziesargument*

- (1) „Jedes Mitglied der Spezies Mensch hat Würde M.
- (2) Jeder menschliche Embryo ist Mitglied der Spezies Mensch.
- (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde M¹“ (Damschen/Schönecker 2003, S. 2).

Dem menschlichen Embryo wird hier aufgrund der Zugehörigkeit zur Gattung Mensch beziehungsweise Homo sapiens sapiens Würde zugesprochen.

Es ergibt sich hier also ein Lebensschutz, der sich auf einer rein biologischen Tatsache gründet und sich nicht auf aktuell vorhandene Eigenschaften bezieht. Diese sind unerheblich.

So besitzen beispielsweise auch komatöse, demente oder auch stark gehandicappte Menschen Würde und unterliegen somit der Schutzwürdigkeit.

Im Gegensatz dazu besitzen Lebewesen die nicht zur Gattung Mensch zählen keine Würde und sind somit auch nicht zu schützen. Menschliches Leben ist also im Besitz von Würde, und dies unabhängig seines jeweiligen Entwicklungsstandes (vgl. (Damschen/Schönecker 2003, S. 3).

Hierzu haben vor allem der australische Philosoph Peter Singer (1994) und der deutsche Rechtsphilosoph Norbert Hoerster (1991) große Kritik geübt. Für Singer sind biologische Fakten und Kategorien moralisch nicht relevant.

¹ Mit ϕ werden nach Damschen/Schönecker (2003) jene Eigenschaften und Fähigkeiten eines Lebewesens bezeichnet, die in der Regel mit dem Begriff Würde in Zusammenhang stehen, nämlich: „Autonomie (Fähigkeit zur Zwecksetzung), moralische Autonomie (Freiheit), kognitive Fähigkeiten (z.B.: Abstraktionsfähigkeit), Selbstbewußtsein, Präferenzen (als zukunftsorientierte Wünsche), Wünsche, Interessen und Leidensfähigkeit, aber auch Gottesebenbildlichkeit oder die Heiligkeit des Lebens. Für alle Wesen gibt es demnach mindestens eine Eigenschaft ϕ , so daß gilt: Wenn ein Wesen aktual ϕ ist, dann hat es Würde M“ (Damschen/Schönecker 2003, S. 3, FN 5).

Der Mensch hat aufgrund seiner Gattungszugehörigkeit Mensch kein Recht auf eine exklusive moralische Behandlung. Würde er ein solches Recht besitzen und sich eine besondere Behandlung allein auf der Tatsache Gründen, dass er der Spezies *Homo sapiens sapiens* angehört, wäre dies beispielsweise gleichzustellen mit Rassismus, also einen Mensch aufgrund seiner Hautfarbe in der moralischen Bewertung und Berücksichtigung gegenüber einem anderen Menschen mit nicht derselben Hautfarbe zu bevorzugen und diesen zu diskriminieren. Dies führt zum Begriff des „Speziesismus“ (Singer 1994, S. 90).

Hoerster (1991) ist der Meinung, dass „moralische und rechtliche Behandlung irgendwelcher Individuen stets an sachlich relevant ‚Eigenschaften‘ orientiert sein muß und ‚in keinem einzigen Fall‘ an das ‚bloße‘ Vorliegen ‚irgendeines‘ biologischen Merkmals anknüpfen darf“ (Hoerster 1991, S. 61; siehe Kapitel ‚Die Position bei Norbert Hoerster‘).

5.2.4.2. Das Kontinuumsargument

- (1) Jedes menschliche Wesen, das aktuell Φ ist, hat Würde M.
- (2) Jeder menschliche Embryo wird sich, unter normalen Bedingungen, *kontinuierlich* (ohne moralrelevante Einschnitte) zu einem menschlichen Wesen entwickeln, das aktuell Φ ist.
- (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde M (Damschen/Schönecker 2003, S. 3).

Im Wesentlichen beruht das Kontinuumsargument auf der biologischen Tatsache, dass die menschliche Entwicklung prozesshaft verläuft.

Daraus ergibt sich, dass jeglicher Versuch einer Bestimmung eines Zeitpunkts in der menschlichen Entwicklung der dem Zweck dient, die Schutzwürdigkeit des Embryos oder Fetus zu graduieren, willkürlich ist.

Der Mensch ist ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle und somit ab Beginn seiner kontinuierlichen Entwicklung in der Gesamtdauer seiner Existenz schutzwürdig und somit Besitz des Rechts auf Leben.

Demnach gibt es keine „moralrelevanten Unterschiede zwischen einem neun Monate alten Fetus der sich noch im Mutterleib befindet, oder einem acht Monate alten Fetus, der durch eine Frühgeburt bereits zur Welt gekommen ist“ (Damschen/Schönecker 2003, S. 4).

Der kontinuierliche Entwicklungsprozess an sich steht also hier im Vordergrund.

Kritiker verweisen darauf, dass sich aber sehr wohl moralisch relevante Einschnitte in der embryonalen Entwicklung machen lassen, die letztendlich das Menschsein ausmachen. So beispielsweise „die Herausbildung des Gehirns, weil erst damit Empfindungsfähigkeit und allmählich einsetzendes Bewußtsein gegeben sei“ (Damschen/Schoenecker 2003, S. 4).

5.2.4.3. Das Identitätsargument

- (1) Jedes Wesen, das aktual Φ ist, hat Würde M.
- (2) Viele Erwachsene, die aktual Φ sind, sind mit Embryonen in moralrelevanter Hinsicht *identisch*.
- Also (2.2) Die Embryonen, mit denen sie identisch sind, haben Würde M.
- (2.3) Wenn irgendein Embryo Würde M hat, dann alle.
- Also (3) Jeder Embryo hat Würde M (Damschen/Schönecker 2003, S. 4).

Das Identitätsargument besagt demnach dass, da sich aus der befruchteten Eizelle der Embryo kontinuierlich (möglicherweise) zu einem Erwachsenen entwickeln wird, dieser mit dem Erwachsenen der aktuell im Besitz der moralrelevanten kognitiven Eigenschaften und somit im Besitz von Würde ist, ident ist. Dadurch kommen dem Embryo dieselbe moralische Berücksichtigung sowie derselbe Lebensschutz zu, der einem Erwachsenen zukommt.

Hier wird das „Kontinuum körperlicher Entwicklung in Beziehung zum personalen (d.h. eindeutig moralisch relevanten) Dasein des Menschen gesetzt“ (Kaminsky 1998, S. 94).

Es stellt sich hier die Frage, wie sich daraus ein moralischer Status des Embryos begründen lässt und wie sich dieser „auf der Grundlage von Kontinuitäts- und Identitätsargumenten unter den realen Bedingungen des Soziallebens etablieren läßt“ (Kaminsky 1998, S. 96).

Es mag nicht zu leugnen sein, dass die befruchtete menschliche Eizelle mit einem Erwachsenen genetisch ident ist, wie lassen sich aber aus dieser bloßen genetischen Eigenschaft moralisch relevante Eigenschaften begründen? Hier lässt sich abermals mit Hoerster (1991) einwenden, dass die Eigenschaft zu einer biologischen Kategorie wie Mitglied der Gattung Mensch zu sein, nicht automatisch per se ein Lebensrecht impliziert

(vgl. Hoerster 1991, S. 55ff., siehe Kapitel ‚Der Personenbegriff bei Norbert Hoerster‘).

Hier sei auch erwähnt, dass in der Kritik des Identitätsarguments ebenso auf den Ausschluss der Mehrlingsbildung verwiesen wird, die erst nach dem 14. Tag möglich ist.

Somit lässt sich erst nach diesem Zeitpunkt feststellen, ob es sich tatsächlich um *ein* Individuum handelt (vgl. Damschen/Schönecker 2003, S. 5).

Diese wird in der Literatur unter dem Begriff der „numerischen Identität“ (Kaminsky 1998, S. 93) angeführt.

5.2.4.4. Das Potentialitätsargument

(1) „Jedes Wesen, das potentiell ϕ hat, hat Würde M.

(2) Jeder menschliche Embryo ist ein Wesen, das potentiell ϕ ist.

Also (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde M“ (Damschen/Schönecker 2003, S. 5).

Das Potentialitätsargument beruht im Wesentlichen darauf, dass Embryonen potentiell kognitive Eigenschaften wie beispielsweise Bewusstseinsfähigkeit besitzen, in deren Besitz aktuelle Personen sind. Da Embryonen somit potentiell fähig sind diese Eigenschaften auszubilden, müssen sie so behandelt werden, als würden sie aktuell im Besitz dieser Eigenschaften sein.

Weshalb potentielle Fähigkeiten moralisch relevant sein sollten, wird in der Kritik am Potentialitätsargument oft folgendermaßen angeführt, denn „schließlich würde man die Kronprinzessin auch nicht die gleichen Rechte einräumen wie der Königin, obwohl die Kronprinzessin doch eines Tages selbst zur Königin werde“ (Damschen/Schönecker 2003, S. 6).

5.2.5. Die Nichtäquivalenz-Doktrin

Im Gegensatz zur Äquivalenz-Doktrin nennt Birnbacher die „Nicht-Äquivalenz-Doktrin“ (Birnbacher 2006, S. 54).

VertreterInnen dieser Position verwenden die Begriffe Mensch und Person nicht deckungsgleich, sondern getrennt voneinander.

Basierend auf John Lockes bewusstseinstheoretischen Personenbegriff liegt „diese Trennung auch der Unterscheidung von biologisch-menschlichem und personal-menschlichem Leben zugrunde. Personalität besteht im Besitz von Rationalität und Selbstbewusstsein, aufgrund dessen ein Überlebensinteresse ausgebildet werden kann“ (Pöltner 2006, S. 199).

Diese Position schreibt Personen Rechte zu, die sie aufgrund einer Interessensorientierung besitzen (vgl. Hoerster 1991, S. 69ff.).

So haben Personen das Recht auf Freiheit, da diese Interessen daran haben, frei von äußerem Zwang, selbstbestimmt handeln zu können.

Ebenso besitzen diese „Anspruchsrechte (Rechte etwas Positives zu bekommen bzw. von Negativem verschont zu bleiben), weil sie ein ‚Interesse‘ an Leben, Leidensfreiheit, Wohlbefinden und sinnvoller Tätigkeiten haben“ (Birnbacher 2006, S. 55).

5.2.5.1. Die Position bei Norbert Hoerster

Neben Peter Singer (1994) wird diese Position vom deutschen Rechtsphilosophen Norbert Hoerster vertreten.

Nach Hoerster (1991) ist die bloße Zugehörigkeit zur Gattung Mensch nicht ausreichend, um einem lebenden Wesen ein Lebensrecht einzuräumen (vgl. Hoerster 1991, S. 69).

Der Personenstatus wird an bestimmte Interessen wie dem Überlebensinteresse gebunden.

Dem Überlebensinteresse muss seinerseits ein zukunftsbezogener Wunsch vorausgehen den nur Wesen mit einem Ich- oder Selbstbewusstsein haben können (vgl. ebd., S. 74f.).

Dieses Überlebensinteresse basiert auf anhaltenden Wünschen. Das bedeutet, dass ein selbstbewusstes Wesen, eine Person, auch während sie schläft ein Interesse daran hat zu überleben, beziehungsweise nicht getötet zu werden.

Sie hat dieses Interesse bevor sie einschläft, während sie schläft und nachdem sie aufgewacht ist und hat dieses Interesse basierend auf dem zukunftsbezogenen Wunsch auch in Zukunft (vgl. Hoerster 1991, S. 92).

Da es nach Hoerster keine wissenschaftlichen Beweise dafür gibt, dass ein Neugeborenes ein Ich-Bewusstsein besitzt, kann demnach auch ein Fetus kein Ich-Bewusstsein besitzen. „Der Prozeß der Personwerdung ist ein Prozeß, der offenkundig erst irgendwann ‚nach‘ der Geburt einsetzt. Die zwingende Folge davon ist: Der Fötus kann jedenfalls ‚unter dem Gesichtspunkt der Personalität‘ kein Lebensrecht beanspruchen“ (ebd., S. 80).

Nach Hoerster hat der Fetus zwar die Anlage dafür, potentiell ein Ich-Bewusstsein auszubilden und damit eine Person zu werden, dieser Prozess geschieht aber „erst irgendwann im Stadium des Kleinstkindes“ (ebd., S. 85).

Mangels des Ich-Bewusstseins ist der Fetus auch nicht fähig zukunftsbezogene Wünsche zu haben und hat somit kein Überlebensinteresse. Er ist zwar potentiell dazu fähig, aber nicht aktuell im Besitz eines Überlebensinteresses, „[e]r ist insofern ein ‚potentielles‘ personales oder ‚vorpersonales‘ Wesen“ (ebd., S. 96).

Hoerster zufolge wird durch die Tötung eines Fetus somit auch kein Überlebensinteresse verletzt, es wird lediglich dessen Entstehung verhindert (vgl. ebd., S. 100).

Dem Fetus kommt als potentielle Person, beziehungsweise vorpersonales Wesen kein Lebensrecht zu.

5.2.5.2. *Kritik an der Äquivalenz-Doktrin*

Dieter Birnbacher eröffnet seine Kritik bezüglich der Annahme, die Begriffe Mensch und Person können deckungsgleich verwendet werden anhand von menschlichen Wesen, die zwar eindeutig ihrer biologischen Gattung nach zur Spezies *Homo sapiens sapiens* gehören und somit im biologischen Sinne Menschen sind, aber dennoch nicht als Personen gelten. Birnbacher nennt hierzu den menschlichen Leichnam und die embryonalen Zygote (vgl., Birnbacher 2006, S. 59f.).

Ein menschlicher Leichnam ist, auch wenn dieser nicht lebendig ist zweifelsohne Angehöriger der Gattung Mensch und dennoch nicht „Träger moralischer Rechte, (...) und zwar deshalb nicht, weil er weder gegenwärtig noch zukünftig von der Wahrnehmung seiner Rechte subjektiv betroffen sein kann“ (ebd., S. 60).

Birnbacher begründet dies demnach mit der fehlenden gegenwärtigen und zukünftigen Wahrnehmung subjektiver Rechte.

Zwar gibt es moralische Pflichten wie die Pflicht auf einen pietätvollen Umgang mit dem menschlichen Leichnam, diese sind aber „indirekter Art. Sie sind nicht dem Leichnam selbst geschuldet und schützen nicht dessen etwaige eigenen Interessen“ (ebd., S. 60).

Das Recht auf einen pietätvollen Umgang ist nicht ein Recht in dessen Besitz der menschliche Leichnam ist, sondern das Recht auf einen pietätvollen Umgang mit dem menschlichen Leichnam entspricht einem Interesse, das der Verstorbene zu Lebzeiten hatte (vgl. ebd., S. 60).

Es werden hier nicht Interessen direkt Betroffener geschützt sondern „vielmehr (...) Interessen Dritter, die davon, wie mit dem Leichnam umgegangen wird, nicht unberührt bleiben, etwa aus Gründen persönlicher Verbundenheit“ (ebd., S. 60).

Nach Birnbacher besitzt ein menschlicher Leichnam also keinen Personenstatus, die Begriffe Mensch und Person fallen demnach nicht zusammen.

Ebenso verhält es sich in Hinblick auf die menschliche Zygote. Diese ist zwar zweifelsohne ihrem genetischen Code nach eindeutig biologisch menschlich, befindet sich aber in solch einem frühen Stadium ihrer Entwicklung, sodass man nicht behaupten kann, es handle sich um eine Person (vgl. Birnbacher 2006, S. 61). Eine nähere Begründung lässt Birnbacher hier aus.

Birnbachers Kritik zielt in jene Richtung, in der man zwischen ‚Anlage‘ und ‚Ausübung‘ unterscheiden muss. „Wer die Anlage zu Denkfähigkeit und Selbstbewusstsein hat, hat die Fähigkeit, diese Fähigkeit zu erwerben. Aber damit hat er die entsprechende Fähigkeit noch nicht. (...) Embryonen oder Föten – die [die] ‚Anlage zur Personalität haben, sind damit noch nicht Personen“ (ebd., S. 64).

5.2.6. Gemeinsamkeiten der Äquivalenz- und Nichtäquivalenz-Doktrin

In beiden Argumentationslinien der jeweils vertretenen Position lassen sich Gemeinsamkeiten ausmachen.

So gebrauchen mehrheitlich sowohl VertreterInnen der Äquivalenz-Doktrin, als auch die der Nichtäquivalenz-Doktrin den Begriff der Person in einem präskriptiven und nicht rein deskriptiven Sinne. Nämlich schreiben beide Positionen einem Wesen mit der Aussage, dieses Wesen sei eine Person, bestimmte Rechte zu.

Auch koppeln grundsätzlich beide Positionen den Personenbegriff an bestimmte „kognitive und moralische Fähigkeiten. (...) Getreu der klassischen Definition der Person des Boethius ‚persona est naturae rationalis individua substantia‘ (Person ist die individuelle Substanz der vernünftigen bzw. vernunftfähigen Natur), sehen sowohl die Vertreter[Innen; Anm.: A. K.] der Äquivalenz- als auch die Vertreter[Innen; Anm.: A. K.] der Nichtäquivalenz-Doktrin den Personenstatus an eine mehr oder weniger anspruchsvoll verstandene ‚Vernunftfähigkeit‘ geknüpft, wobei für manche die für die Person kennzeichnende Vernunftfähigkeit ausschließlich kognitiv, für andere zusätzlich auch moralisch bestimmt ist“ (Birnbacher 2006, S. 58).

6. Maternal-Fetal Relations

„[I]dentifying the fetus as a patient to be diagnosed ‚in utero‘, raised the possibility, that rights and interests of the fetus might conflict with the rights of pregnant women“

(Dubow 2011, S. 114).

William Lileys medizinische Forschungen im Bereich der Entwicklung intrauteriner, fetaler Therapiemöglichkeiten und seine wissenschaftlichen Artikel, in denen er den Fetus als ein sich ‚eigenständig entwickelndes Wesen‘ bezeichnet und dabei die schwangere Frau als „schwangeren Uterus“ (Dubow 2011, S. 114) entwertet, trugen wesentlich dazu bei, dass der Fetus in der US-amerikanischen Debatte um den Schwangerschaftsabbruch als autonomes Subjekt auf der politischen Bühne erschien.

Neben den Bedingungen, die es möglich gemacht haben, den Fetus als autonomes Wesen an die Öffentlichkeit zu bringen, werde ich auf die weitreichenden Konsequenzen eingehen, die sich aus dem Konflikt zwischen den vermeintlichen Interessen und Rechten des Fetus , und den Interessen und Rechten der schwangeren Frau ergeben.

6.1. Roe vs Wade

Frauen, die sich für fetalchirurgische Eingriffe entscheiden und für sich selbst damit verbundene gesundheitliche Risiken auf sich nehmen haben sich im Gegenzug vor allem gegen Eines entschieden, nämlich gegen einen Schwangerschaftsabbruch.

In der Abtreibungsdebatte in den USA stellt das Urteil des Obersten Gerichtshofs im Fall *Roe vs. Wade*, das im Jahre 1973 die Abtreibung im ersten Schwangerschaftsdrittel entkriminalisierte, ein entscheidendes historisches Ereignis dar.

Eingebettet in den gesellschaftlich- wirtschaftlichen Kontext der frühen Siebziger, in denen der Kapitalismus in den USA im Aufwärtstrend lag, sich „weiße Frauen aus der Mittelschicht in bis dahin ungekannter Anzahl Zugang zu den Colleges, den Universitäten, den Berufsschulen sowie zu den Berufen selbst“ (Stabile 1997, S.126) verschafften und zumindest mitunter kapitalstarke Feministinnen der zweiten Frauenbewegung Gehör für ihre Forderungen fanden, liest sich das Urteil oberflächlich betrachtet wie ein Reformsieg.

Schwangere Frauen haben nun, unter Beachtung gewisser Kriterien wie die ordnungsgemäße Durchführung des Eingriffs durch qualifizierte Personen das Recht, ohne Reglementierung des Staates bis zum Ende des ersten Schwangerschafts- Trimesters eine Abtreibung straffrei vornehmen zu lassen (vgl. ebd., S. 127).

Liest man das Urteil nicht bloß an dessen Oberfläche, sondern betrachtet man die Stellung des Fötus insbesondere ab Beginn des zweiten Schwangerschaftsdrittel wird sichtbar, warum Stabile das Urteil lediglich als „Illusion des Fortschritts“ (ebd., S. 127) bezeichnet, denn „the state does have an important and legitimate interest in preserving and protecting the health of the pregnant woman (..) and has still *another* important and legitimate interest in protecting the potentiality of human life. These interests are separate and distinct. Each grows in substantiality as the woman approaches term and, at a point during pregnancy, each becomes ‚compelling‘ “ (Beauchamp/Walters 1999, S. 314).

Was hier ins Blickfeld rückt ist die Festlegung des Staats auf eine „zweifache Verantwortung“ (Stabile 1997, S. 125), nämlich sowohl für die schwangere Frau, als auch für den Fetus.

Die Frage die sich hier nun stellt ist die Frage nach den Argumentationslinien, mit denen im Fall *Roe vs. Wade* operiert wurde um dem Fetus als Subjekt Rechte zuerkennen zu können. Dies geschah auf folgende Weise:

„With respect to the state's important and legitime interest in potential life, the ‚compelling‘ point is at viability. This is so because the fetus then presumably has the capacability of meaningful life outside the mother's womb“ (Walters/Beauchamp 1999, S. 315).

„Das Gericht hatte den Staat auf die Durchsetzung seiner Ansprüche mit Einsetzen der ‚Lebensfähigkeit‘ des Fetus verpflichtet“ (Stabile 1997, S. 128).

Wie drastisch sich politische Entscheidungen in den immer stärker konkurrierenden Rechten der schwangeren Frau mit den Rechten des Fetus zugunsten dem zuletzt genannten auswirken, zeigt sich in den Debatten zum „Hyde Amendment“ und dem „Webster“- Urteil (ebd., S. 131).

Ersteres verabschiedete drei Jahre nach dem Urteil in *Roe vs. Wade* nach und nach die Möglichkeit eines selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruchs.

Beginnend mit der medizinischen Notwendigkeit für einen Abbruch anstatt der uneingeschränkten Wahlfreiheit, wurde über immer enger gefasste Kriterien der Abbruch letztendlich nur mehr für jene Frauen legal, bei denen aufgrund akuter Lebensgefahr der Eingriff notwendig ist.

Die Verabschiedung des ‚Hyde Amendments‘ betraf vor allem einkommensschwache Frauen.

Das ‚Webster‘ – Urteil, das dem Fötus als ungeborenes Wesen dieselben Rechte einräumt, wie der schwangeren Frau als aktuelle Person hat weitreichende Folgen (ebd., S. 131).

Der Kampf zwischen dem Fötus auf der einen Seite, und der schwangeren Frau auf der anderen Seite wurde auf politischer Ebene ausgefochten.

Stabile nennt hierzu die im Rahmen des Wahlkampfs in den Vereinigten Staaten gezeigte Sondersendung des ABC- *Nightline* 1990, die unter dem Titel „Abtreibung: der neue Bürgerkrieg“ in der sich Abtreibungsbefürworter und Gegner der Abtreibung wie zwei feindliche Truppen gegenüber standen (ebd., S. 131).

Diese 'Formation' bedeutete also Frau vs. Fetus.

Eine Politik, die die Rechte des Fetus und die Rechte der schwangeren Frau in Konkurrenz treten lässt, musste den Fetus repräsentierbar machen.

Es war „erforderlich, den Fötus technologisch lebensfähig zu machen – sowohl medizinisch wie auch visuell“ (ebd., S. 129), um ihn als autonomes Wesen fassen zu können.

6.1.2. Die Visualisierung des Fetus

Bis Anfang der sechziger Jahre war es aufgrund der technischen Möglichkeiten nicht machbar, dem Fetus ein 'Gesicht' zu verleihen und ihn somit medial den breiten Massen zugänglich zu machen. Da es zu diesem Zeitpunkt ebenso der medizinisch-technologische Fortschritt nicht möglich machte, die 'potentielle Entwicklung des Fetus außerhalb des Mutterleibs' in frühere Stadien zu verlegen, lag es gerade daran, in diesen Bereichen den Fortschritt voranzutreiben.

Dies geschah im Folgenden sowohl im medizinischen, als auch im visuellen Bereich.

Einerseits durch neue Erkenntnisse in der fetalen Physiologie, die Anfang der Siebziger zum Fachbereich der Fetologie und schlussendlich auch zur fetalen Chirurgie geführt haben, sowie Zeitgleich die Etablierung des Ultraschalls als Standardmethode in der Schwangerschaftsvorsorge.

Andererseits waren für die Visualisierung des Fetus die Aufnahmen des schwedischen Fotografen Lennart Nilsson entscheidend, die erstmals 1965 im Life Magazine erschienen und im Jahr 1990, allerdings mit einem völlig verschiedenen Begleittext, erneut präsentiert wurden.

Die Aufnahmen, die Nilsson 1965 mit speziellen technischen Geräten macht zeigen, so der Begleittext, den „ersten ‚realistischen‘ Blick in den bis dahin undurchdringlichen Mutterleib (..) [auf den] lebendige[n,] 18 Wochen alte[n] Fötus in seiner Fruchtblase“ der, wie sich herausstellt, „aus unterschiedlichsten Gründen operativ entfernt wurde“ (Stabile 1997, S. 133).

Mithilfe der Erzählform der Gegenwart im Begleittext wird versucht, den Schein zu wahren, und den de facto toten Fetus lebendig wirken zu lassen.

Der gesellschaftspolitische Rahmen, der das Jahr 1965 umgibt, war ein anderer als 1990.

Abtreibung war illegal, so war die Darstellung des Fetus nicht vordergründig politisch, sondern visuell dominiert.

Im Text ist von 1965 kommen der Frau beziehungsweise dem weiblichen Körper Begriffe wie „Mutter“ (..), „Wärme“ und „Geborgenheit“ [zu]“ (Stabile 1997, S. 135).

Der Fetus wird als etwas Fremdartiges beschrieben, das im Mutterleib mit Gewalt agiert.

Da die Frau keine unmittelbare Bedrohung für den Fetus darstellte, wurde dessen Status nicht in der Weise diskutiert, wie es 25 Jahre zuvor der Fall war.

Im Begleittext von 1990, der im Kontext „eines immer konservativeren, frauenfeindlicheren Klimas“ (ebd., S. 133) steht, wurde nun zwischen dem weiblichen Körper und dem Fetus scharf getrennt.

Die Plazenta ist nun lediglich eine Verbindung zwischen dem System der schwangeren Frau und dem autonom funktionierenden System des Fetus, der „über seine eigene Blutzufuhr, unabhängig von derjenigen der Mutter“ (ebd., S. 133) verfügt.

Von 1965 bis 1990 hat sich Verhältnis des Fetus zur schwangeren Frau also völlig umgedreht.

Nilssons Aufnahmen beförderten den Fetus als ein autonomes Subjekt in einen Raum, in dem die zunächst mütterliche Umgebung ausgedient hatte.

Auch änderten sich die „Körpererfahrungen der Frau“, die durch eine immer höhere Anzahl an Tests während der Schwangerschaft zurück gedrängt wurden, und Schwangerschaft selbst immer mehr einem „Krankheitszustand“ (Stabile, S. 140) gleicht. „Extern hat das zunehmende Gewicht der Fötologie die Frau in zwei nun klar unterscheidbare Patienten verwandelt: den Fötus und sie selbst“ (ebd., S. 141).

6.1.3. Zwangskaiserschnitt

1981 wurde erstmals einer schwangeren Frau in den Vereinigten Staaten gegen ihren Willen gerichtlich ein Kaiserschnitt verordnet.

Aufgrund ihrer religiösen Überzeugungen verlangte Jessie Mae Jefferson trotz potentieller, gesundheitsgefährdender Risiken für sie selbst und den Fetus eine vaginale Geburt anstatt eines weniger riskanten Kaiserschnitts. Daraufhin wurde vom Obersten Gerichtshof in Georgia auf Ansuchen des Krankenhauses ein Zwangskaiserschnitt verordnet. Jefferson entband zwei Tage vor dem geplanten Eingriff vaginal ein gesundes Baby (vgl. Dubow 2011, S. 117).

Im Jahr 1986 wurde Angela Carder, bei der zum zweiten Mal unheilbarer Knochenkrebs diagnostiziert wurde gegen ihren persönlichen Willen, gegen den Willen ihrer Angehörigen sowie gegen Anraten des behandelnden Arztes ein Kaiserschnitt verordnet. Der Fetus starb nach dem Eingriff, Angela Carder zwei Tage danach (vgl. Stabile 1997, S. 142).

Gerichtlich angeordnete Kaiserschnitte, die sich auf die Verletzung der Fürsorgepflicht der schwangeren Frau gegenüber dem Fötus stützen, führen zu einer Überordnung der fetalen Rechte gegenüber den Rechten der schwangeren Frau der damit abgesprochen wird, Entscheidungen im eigenen Interesse, sowie Entscheidungen die über das Eigeninteresse unmittelbar hinausgehen, zu treffen.

Auf Berufung der Verletzung der Fürsorgepflicht ist es dem Staat möglich geworden, sein humanitäres Interesse am Fötus gegenüber den Rechten der schwangeren Frauen kundzutun, und Gefängnisstrafen wegen Drogenkonsums während der Schwangerschaft zu verhängen.

Die Folge daraus ist, dass Frauen und Kindern, also aktuellen Personen mit aktuellen Rechten, die wirtschaftlichen Grundlagen entzogen werden (vgl. ebd., S. 142).

Das was hier deutlich wird ist die Forderung des Staates nach moralischen Verpflichtungen der Schwangeren gegenüber einem ungeborenen Wesen, dessen Rechte auf derselben Ebene verhandelt werden, wie die ihren.

Stabile kritisiert die Vorhaben der Feministinnen dahingehend, dass auch sie den „vielfältigen, materiellen und kulturellen Kontext, in denen Frauen schwanger werden, abtreiben und Kinder gebären und aufziehen“ (Stabile 1997, S. 145) vernachlässigten, und die Diskussion rund um die Loslösung der Frau von 'Schwangerschaft' und die Freiheit auf Abtreibung in den Mittelpunkt rückten.

Das was jedoch unter den Tisch fällt sind die prekären Situationen, in denen sich unzählige Frauen befinden.

Frauen bleiben aufgrund ihrer finanziellen Situation die Möglichkeiten versperrt, eine Abtreibung in einer Klinik durchführen zu lassen. Diese Frauen haben keine Freiheit zu wählen. Studien zeigen, dass 60 Prozent der Frauen, die Sozialhilfe empfangen unter Einfluss häuslicher Gewalt und anderen Formen von Missbrauch stehen Nicht zu vergessen ist der immense soziale Druck, dem diese Frauen ausgesetzt sind. Anstatt diesen Frauen zu ermöglichen aus ihrem untragbaren Zustand zu fliehen, kürzt die Regierung die Finanzhilfen (vgl. ebd., S 146).

Im Gegenzug dazu wird dem Fetus ein ebenso starkes Lebensrecht zugesprochen, wie der schwangeren Frau.

Es ist wohl der Fetus, der als autonomes Subjekt einen „scheinbar epochale[n] Sieg“ (ebd., S. 125) feiert.

6.2. Kritische Betrachtungen und Schlusswort

„Fetal surgery challenges what we think we know about pregnancy, the autonomous fetus, maternal-fetal relationships, how and to whom health care is provided, the limits and potential of technology and what counts as personhood“ (Casper 1998, S. 3).

Fetale Chirurgie tangiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Bereichen und Ebenen, die einer jeweiligen kritischen Betrachtung bedürfen. Ich werde im Folgenden auf solche eingehen.

Die Tatsache, dass menschliche Feten die ein indiziertes Krankheitsbild aufweisen ohne gezielte pränatale Eingriffe nicht oder postnatal nur bedingt überlebensfähig wären, macht diese in der Medizin zu idealen Forschungsobjekten (vgl. ebd., S. 6).

Da sich Fetale Chirurgie nach wie vor im Experimentierstadium befindet und die Verfahrensweisen nicht als Standardverfahren etabliert sind besteht die Notwendigkeit, alle in Zukunft geplanten Eingriffe zuerst ausreichend am Tiermodell zu testen.

Diese wurden in Neuseeland und Puerto Rico hauptsächlich an Schafen und Affen durchgeführt. Die Gründe dafür waren zum einen eine große Anzahl vorhandener ‚Objekte‘, zum anderen erwiesen sich beispielsweise Schafe ideal für die Forschung, da sich der Uterus bei der operativen Öffnung als äußerst tolerant erwies und nicht sofort frühzeitig Wehen eintraten.

In der Tierethik werden vor allem Tests am Primatentiermodell kritisiert, da Menschenaffen bestimmte kognitive Fähigkeiten aufweisen, die mit denen des Menschen gleichzusetzen sind. So wurde der vielfach kritisierte australische Philosoph Peter Singer (1994) dafür bekannt, Schimpansen ein höheres Lebensrecht zuzuerkennen als beispielsweise einem Wesen, das stark mental gehandicapt, beziehungsweise nicht mehr im Besitz derselben kognitiven Eigenschaften sind, wie es ein Menschenaffe wäre (vgl. Singer 1994, S. 156).

Eine weitere entscheidende Rolle spielt wie in allen Bereichen ärztlichen Handelns die Aufklärungspflicht, um die Autonomie der Patientin zu wahren.

Frauen, die sich freiwillig für eine pränatale Intervention entschließen müssen neben allen Risiken des Eingriffs stets vollständig darüber aufgeklärt werden, dass sie selbst Subjekte der experimentellen Forschung sind.

Da vor, während und nach einem fetalchirurgischen Eingriff aber eine Vielzahl an ÄrztInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen beteiligt sind, stellt dies gewisse Herausforderungen dar.

Ebenso verweist Monica Casper auf eine Erhebung zur getätigten Aufklärungsarbeit, bei der Frauen die sich einem Eingriff unterzogen hatten, im Nachhinein befragt wurden (vgl. Casper 1998, S. 157f.).

Hier zeigt sich, dass Frauen aufgrund ihrer Situation so verzweifelt waren, dass sie Informationsblätter nicht genau gelesen haben.

Natürlich ist eine pränatale chirurgische Intervention keine Garantie dafür, dass postnatal keine physischen Beeinträchtigungen auftreten. Die Eingriffe finden über den Körper der Frau statt, die physiologisch selbst kein Krankheitsbild aufweist.

Eine pränatale Intervention birgt aber erhebliche Risiken für die Patientinnen. Es muss sich im Rahmen dieser Fortschritte also auch immer die Frage stellen, was gemacht werden darf, und nicht nur was gemacht werden kann.

Casper verweist ebenso darauf, dass im Jahr 1994 bei der intrauterinen Korrektur der Zwerchfellhernie, bei der die Organe in den Brustraum des Fetus wandern, lediglich 35 Prozent der Feten überlebt haben (vgl. ebd., S. 6).

Diese Zahlen sind heute natürlich keineswegs mehr repräsentativ zeigen aber, dass durch die ständig Weiterentwicklung dieses Fachbereichs trotz sehr niedriger Erfolgsquote ein starkes Interesse daran besteht, den Fortschritt voranzutreiben.

Auch spielen natürlich finanzielle Faktoren bei fetalchirurgischen Eingriffen eine wichtige Rolle, da diese mit immensen Kosten verbunden sind.

Casper nennt Zahlen eines Zentrums im Westen der USA, das zwischen den Jahren 1990 und 1992 fetalchirurgische Eingriffe durchgeführt hat.

Die Durchschnittskosten für eine Operation lagen dabei bei ungefähr 23, 500 US-Dollar, die Durchschnittskosten für die Patientin bei zirka 4, 300 US-Dollar (vgl. ebd., S. 224, FN4).

Da nur wenige Kliniken diese Eingriffe durchführen und diese von der Diagnosestellung bis zur tatsächlichen Intervention einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen, müssen Patientinnen und betroffene Paare für anfällige Reisekosten selbst aufkommen.

Dies lässt darauf zurückzuführen, dass sich nicht alle davon Betroffenen solche Behandlungen leisten können. Auch müssen oftmals die Patientinnen nach der Entlassung zur Entbindung in das Zentrum zurückkehren, in dem der Eingriff vorgenommen wurde.

Versicherungsunternehmen finanzieren die Eingriffe zu Teilen mit, vor allem aber deswegen, da nachgeburtliche Therapien sowie lebenslange gesundheitliche Beeinträchtigungen und chronische Krankheiten langfristig wesentlich teurer sind.

Wie schon bemerkt gibt es allerdings keine Garantien dafür, dass pränatale Eingriffe einen Erfolg gewährleisten. Zusätzlich wirft die vorgeburtliche Intervention zur Behebung physischer Handicaps natürlich auch immer Fragen bezüglich der gesellschaftlichen Anerkennung physisch gehandicapter Menschen auf.

Diese Faktoren lassen darauf schließen, dass die Finanzierung dieser Eingriffe größtenteils für weiße Frauen aus der Mittel- und Oberschicht möglich ist.

Auf der einen Seite steht Fetale Chirurgie als hochspezialisiertes Fachgebiet nur denjenigen zur Verfügung, die sich diese Eingriffe auch leisten können.

Auf der anderen Seite haben unzählige Frauen nicht einmal Zugang zu medizinischer Basisversorgung.

1993 waren in den USA 53 Millionen Menschen nicht ganzjährig versichert, eine/einer von fünf davon Afro-AmerikanerInnen. Ungefähr ein Viertel der schwangeren Frauen hatten dabei keinen Zugang zu pränatalen Standardvorsorge während des ersten Trimester der Schwangerschaft (vgl. ebd., S. 9).

Im Jahr 2009 hatten 18 Prozent der Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren keine Gesundheitsversicherung.

21 Prozent der Frauen waren davon nicht-hispanisch schwarze Frauen, 18 Prozent hispanische Frauen und 14 Prozent nicht- hispanische weiße Frauen.²

Fetale Chirurgie bewegt sich als hochtechnisiertes, medizinisches Spezialgebiet also stets in einem soziokulturellen Raum, in dem politisch-ökonomische Prozesse natürlich eine wesentliche Rolle spielen.

Besonders in den USA, wo nach wie vor die Debatte um den Schwangerschaftsabbruch und die diesbezüglich geführte Politik eine große Rolle in der Gesellschaft spielen, stößt fetale Chirurgie auf positive Resonanz. Fetale Chirurgie wird als Alternative zu einem indizierten Schwangerschaftsabbruch als letzte Chance gesehen, den Fetus zu retten.

Welche weitreichenden Konsequenzen sich aus solchen Verfahren ergeben, ist meiner Ansicht nach nicht abzuschätzen. Zwangsverordnete Kaiserschnitte, die rein dem staatlichen Interesse am Fetus als ‚Bürger‘ gelten, und somit die Integrität und Autonomie der Frau als aktuelle Person verletzen lassen darauf schließen, dass fetalchirurgische Eingriffe als rechtliche Maßnahmen auch gegen den Willen der Frau durchgeführt werden könnten.

Der soziale Druck, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen wurde durch solche Interventionen bereits von Seiten des Staates artikuliert.

Dabei wird außer Acht gelassen, in welchem Kontext Frauen schwanger werden und in welcher Lebenssituation sie sich befinden. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, welches Menschenbild, welcher Würdebegriff und vor allem welcher Personenbegriff zugrunde gelegt wird.

Durch Zwangsmaßnahmen wie dem verordneten Kaiserschnitt werden Frauen in ihren Rechten als vernunftbegabte, selbstbestimmte Personen denen Würde zukommt beschnitten und im Gegenzug die Rechte des Fetus als potentielle Person aufgewertet.

Fetale Chirurgie gibt unbestreitbar Frauen und Paaren große Hoffnung, die in ihrem Kinderwunsch während der Schwangerschaft mit einer womöglich tödlichen Diagnose ihres Ungeborenen konfrontiert werden. Es sollten aber niemals die möglichen Konsequenzen solcher Eingriffe aus dem Blickfeld rücken, denn auch der Kaiserschnitt war einst eine experimentelle,

² Quelle: Women in America, Indicator of Social and Economic Well-Being, März 2011, U. S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration and Executive Office of the President Office of Management and Budget, für das Weiße Haus.

medizinische Methode, die mittlerweile als standardisiertes Verfahren in der Gynäkologie und Geburtshilfe angewendet wird.

Sachregister

Amnionzentese: Methode der Pränataldiagnostik, Fruchtwasser wird aus der Amnionhöhle entnommen, um dieses auf genetische Defekte zu untersuchen.

Anenzephalus: Schwere embryonale Fehlbildung mit fehlendem Schädeldach sowie Teilen des Gehirns.

Befruchtung: Sammelbegriff für Konzeption, das Spermium dringt in die weibliche Eizelle ein; es kommt zur Vereinigung des weiblichen und männlichen Vorkerns. Dadurch entsteht das individuelle Genom.

Embryo: Der Abschluss der Organogenese dauert ab der Befruchtung beim Menschen ungefähr acht Wochen. In diesem Zeitraum spricht man vom Embryo.

Fetus: ungefähr acht Wochen nach der Befruchtung ist die Entwicklung der menschlichen Organanlagen abgeschlossen. Ab diesem Zeitpunkt spricht man nicht mehr vom Embryo, sondern vom Fetus.

Intrauterin: innerhalb der Gebärmutter (Uterus)

Konzeption: Geschlechtsakt

Neonatal: Zeitpunkt ab der Geburt bis zum 28. Lebenstag.

Nidation: Ungefähr am sechsten Tag nach der Befruchtung, nistet sich der Embryo in die Wand der Gebärmutter ein.

Organogenese: Entwicklung der Organe.

Pränatal: vor der Geburt.

Zygote: Befruchtete Eizelle

Literaturverzeichnis

BEAUCHAMP, Tom L./WALTERS, Leroy (Hg.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, Calif.; London (u.a.): Wadsworth, 5. Aufl., 1999.

BIRNBACHER, Dieter, *Bioethik zwischen Natur und Interesse*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2006.

BOETHIUS, A.M.S., *Contra Eutychem et Nestorium, cap. 3,74*, zit. n.: SPAEMANN, Robert, *Personen: Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘*, Stuttgart: Klett-Cotta, 1996.

BRANDT, Reinhard, „John Locke“, in: Höffe, Otfried (Hg.), *Klassiker der Philosophie I*, München: C.H. Beck, 3. überarb. Aufl., 1994, S. 360- 377.

BRAUN, Kathrin, „Die besten Gründe für eine kategorische Auffassung der Menschenwürde“, in: Kettner, Matthias (Hg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2004, S. 81- 103.

CASPER, Monica, *The Making of the Unborn Patient. A Social Anatomy of Fetal Surgery*, New Brunswick: Rutgers University Press, 1998.

DAMSCHEIN, Gregor/SCHÖNECKER , Dieter (Hg.), *Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument*, Berlin/New York: de Gruyter, 2003.

DUBOW, Sarah, *Ourselves Unborn*, New York: Oxford University Press, 2011.

ENZYKLIKA 120, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, *Evangelium Vitae*, von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, 5. Auflage, Bonn, 2001.

GRAUMANN, Sigrid, „Präimplantationsdiagnostik, embryonale Stammzellenforschung und das Regulativ der Menschenwürde“, in: Kettner, Matthias (Hg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2004, S. 122- 144.

HILDT, Elisabeth, *Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*, Frankfurt a. M.: Campus, 2006.

HOERSTER, Norbert, *Abtreibung im säkularen Staat*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1991.

HÖFFE, Otfried (Hg), *Aristoteles: Die Nikomachische Ethik*, Berlin: Akad. Verl., 1995.

KAMINSKY, Carmen, *Embryonen, Ethik und Verantwortung. Eine kritische Analyse der Statusdiskussion als Problemlösungsansatz angewandter Ethik*, Tübingen: J.C.B. Mohr Siebeck, 1998.

KANT, Immanuel, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Stuttgart: Reclam, 2007.

KANT, Immanuel, *Die Metaphysik der Sitten*, in: Eberling, Hans (Hg), Stuttgart: Reclam, 1990.

LOCKE, John, *An Essay Concerning Human Understanding*, hrsg. v. Niddich, P.H., London/Glasgow: Oxford University Press, 1975.

MITSCHERLICH, Olivia, *Natur und Geschichte: Helmuth Plessners in sich gebrochene Lebensphilosophie*, hrsg. v. Krüger, Hans Peter/Lindemann, Gesa, Berlin: Akad. Verl., 2007.

PIEPER, Annemarie, *Einführung in die Ethik*, Tübingen/Basel: A. Francke, 6. überarb. Aufl., 1997.

PIEPER, Annemarie/THURNHERR, Urs, *Angewandte Ethik: Eine Einführung*, München: Beck, 1998.

PIETROWICZ, Stephan, *Helmuth Plessner: Genese und System seines philosophisch-anthropologischen Denkens*, Freiburg[Breisgau]/München: Alber, 1992.

PLESSNER, Helmuth, *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, Berlin: de Gruyter, 2. Aufl., 1965.

PLESSNER, Helmuth, *Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens*, Bern/München: A. Francke, 3. Aufl., 1961.

PÖLTNER, Günther, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien: Facultas, 2. Aufl., 2006.

SASS, Hans – Martin, „Hirntod und Hirnleben“, in: ders. (Hg) *Medizin und Ethik*, Stuttgart: Reclam, 1989, S. 160- 183.

SINGER, Peter, *Praktische Ethik*, Stuttgart: Reclam, 2. erw. Aufl., 1994.

SPAEMANN, Robert, *Personen: Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘*, Stuttgart: Klett-Cotta, 1996.

STABILE, Carol: „Täuschungsmanöver: «Fötus»“, in: Christian Kravagna (Hg), *Privileg Blick*, Berlin: Edition ID- Archiv, 1997, S. 125- 153.

WERNER, Micha H., „Menschenwürde in der bioethischen Debatte – Eine Diskurstopologie“, in: Kettner, Matthias (Hg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2004, S. 191- 220.

WETZ, Franz Josef, „Menschenwürde als Opium fürs Volk. Der Wertstatus von Embryonen“, in: Kettner, Matthias (Hg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2004, S. 221- 249.

Internetquellen:

KOHL, Thomas, 2012, *Spina Bifida*,

in: URL: http://www.dzft.de/?page_id=1041,2012 [Stand:29.2.2012].

STRAUSS,A./PAEK, B./HARRISON, M.R./HEPP,H.: Fetale Chirurgie, In: *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*; 19 (4), 2001, S. 14- 22;

hier: URL: <http://www.kup.at/kup/pdf/934.pdf> [Stand: 28.2.2012].

UCFS, 2008, *Fetal Interventions*,

in: URL:http://fetus.ucsfmedicalcenter.org/our_team/fetal_intervention.asp#a2b

[Stand: 29.2.2012].

UKGM, *Zwillingstransfusionsyndrom*,

in: URL:http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16795.html

[Stand:29.2.2012].

UKGM, *Parasiten Zwilling*,

in: URL:http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_dzf/16864.html [Stand:29.2.2012].

Zeitschriften:

HOSIE, S./ NEFF, W./ WOLLMANN, C. (u.a.), „Fetale Chirurgie“, in: *Der Chirurg*, Springer Medizin Verlag, 76, 2005, S. 757- S. 764.

PAPADOPOLUS, N.A./ ZEILHOFER, H.-F./ FEUSSNER, H. (u.a.), „Tierexperimentelle endoskopische intrauterine Chirurgie bei kraniofazialen Fehlbildungen am Beispiel der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte“, in: *MundKieferGesichts Chirurgie*; 7, 2003, S. 70- 75.

ADZICK, Scott N./ THOM, Elisabeth. A./ SPONG, Cathereine Y./ BROCK III, John W. (u.a.), „A Randomized trial of praenatal vs postnatal Repair of Myelomeningocele“, in: *New England Journal of Medicine (NEJM)*, 364 (11), 2011, S. 993- 1004.

Abstract

Fetale Chirurgie ist ein neuartiges, hochtechnisiertes medizinisches Fachgebiet das die Besonderheit aufweist, dass der Zugang zum Patienten, dem Fetus, über den Körper der schwangeren Frau erfolgt, die physiologisch kein Krankheitsbild aufweist.

Ziel fetalchirurgischer Eingriffe ist es, schwere fetale Fehlbildungen pränatal im Uterus zu korrigieren, da diese ohne eine Intervention postnatal zum Tod des Fetus, oder zu irreversiblen Schädigungen führen würden.

Die direkte Behandlung des Fetus *als* Patient, die das Werden zum Subjekt und zur Person impliziert, wirft hinsichtlich dessen moralischen und rechtlichen Status Fragen auf, die einer ethischen Reflexion bedürfen.

Von zentraler Bedeutung ist hier der Versuch der Klärung der Begriffe *Mensch*, *Person* und *Würde*, auf die in der bioethischen Statusdiskussion aus unterschiedlichen Blickwinkeln rekuriert wird und deren unterschiedliche Gebrauchsweise in soziokulturellen, gesellschaftspolitischen Zusammenhängen auf die jeweiligen Handlungsweisen wirken.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Anna Krawagna
Geboren am: 3.8.1984 in Bruck an der Mur, Steiermark

Ausbildung:

Juni 2002: Matura am BG/BRG Bruck/Mur;
WS 2005 - WS 2012: Beginn des Studiums der Philosophie an der Universität Wien;
SS 2009: Auslandsaufenthalt an der CAU Kiel