

**ÄRZTETAG 2000**



## **Das Leben schützen**

**Medizinische Praxis  
im Spannungsfeld  
von staatlichem Recht  
und christlicher Ethik**

***Dokumentation***



**Erzbistum  
Paderborn**

## Inhaltsverzeichnis

### **Erzbischof Dr. Johannes Joachim Degenhardt**

Der Schutz des menschlichen Lebens als Auftrag  
der Kirche - Perspektiven und Positionen ..... 2

### **Bernward Büchner**

Rechtlicher Lebensschutz und ärztliche Ethik  
- Die Rolle des Arztes im "Beratungskonzept" ..... 9

### **Prof. Dr. Hansjakob Müller**

Pränatale Medizin  
- Von der Diagnostik zur Therapie in utero ..... 18

### **Prof. Dr. Hans Gleixner**

Moraltheologische Notizen zu akuten  
medizin-ethischen Problemen des Lebensschutzes ..... 25

Biographische Hinweise zu den Referenten ..... 42

Dokumentationen der Ärztetagung ..... 43

---

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat  
Hauptabteilung Pastorale Dienste  
Redaktion: Dr. Werner Sosna  
Domplatz 3  
33098 Paderborn

## Eröffnungsreferat

# **Der Schutz des menschlichen Lebens als Auftrag der Kirche - Perspektiven und Positionen**

**von Erzbischof Dr. Johannes Joachim Degenhardt**

### **I. Die besondere Würde des menschlichen Lebens**

Zu Beginn möchte ich einige Eckpunkte nennen, die mit der katholischen Auffassung von menschlichem Leben unlöslich verbunden sind:

1. Der Mensch ist Abbild und Ebenbild Gottes, so ist es im ersten Kapitel des Alten Testaments ausgesagt. Weil der Mensch Ebenbild Gottes ist, hat jeder Mensch seine einmalige Würde, die ihm von Gott geschenkt ist. Jeder Mensch ist einmalig, er ist eine Person. Nach unserem Grundgesetz ist menschliches Leben unantastbar.

2. Menschliches Leben existiert vom Augenblick der Verschmelzung von männlichem Samen und einem weiblichen Ei an. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte haben diese Tatsache erwiesen. Ein Embryo, ein Fötus, ein ungeborenes Kind im Leib der Mutter ist deshalb zu keinem Zeitpunkt lediglich ein Teil der Mutter, über den sie verfügen kann, wie sie will. Vielmehr ist das ungeborene Kind vom ersten Augenblick an ein eigener Mensch.

3. Das ungeborene Kind ist vom Staat – gemäß dem Grundgesetz und dem Gebot Gottes – und von der menschlichen Gemeinschaft zu schützen und zu fördern. Abtreibung und jede andere Tötung eines Menschen sind zu missbilligen. Der Schutz des Lebens eines Menschen hat grundsätzlich Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter und auch vor der Einflussnahme des Vaters, der Eltern oder anderer.

4. In Konfliktfällen ist der Mutter und ihren Angehörigen zu helfen, damit das Kind geboren werden kann. Beratungsstellen bieten Hilfen an, vermitteln unter anderem psychosoziale Hilfen, finanzielle Hilfen und verschiedene andere Unterstützungen, zum Beispiel Wohnung, Aufenthalt während der Schwangerschaft und Geburt, Adoption des erwarteten Kindes, Dauerpflege des Kindes, berufliche und andere Hilfen.

Erforderlich ist ein öffentliches Bewusstsein, dass das Lebensrecht und die Lebensmöglichkeit des ungeborenen Kindes voll bejaht und ohne Einschrän-

kung anerkennt, zum Beispiel auch bei Kindern, die keine Wunschkinder sind, und bei behinderten und kranken Kindern. Angehörige, Freunde, und Bekannte der Mutter sind aufgerufen, zu helfen zugunsten des Lebens des Kindes. Mithelfen soll vor allem der Vater des Kindes, die Eltern der Mutter, Freunde, Partner, Lebensgefährten, Freundinnen, Kollegen, Nachbarn und Verwandte. Ein besonderes Gewicht verdient die persönliche Verantwortung. Die Medien – insbesondere die Massenmedien – können den Schutz und die Förderung des ungeborenen Kindes durch ihre Mittel und ihren Einfluss stärken.

5. Es sollte nicht nur, wie es häufig geschieht, von der Last der Kinder die Rede sein, vielmehr sollten die Freuden der Elternschaft und des Familienlebens herausgestellt werden. Familiäre und gesellschaftliche Geringschätzung, Abwertung oder Verachtung für Frauen, die trotz Schwierigkeiten ihr Kind zur Welt bringen – auch wenn sie nicht vorbereitet sind oder das Kind nicht ehelich ist – darf es nicht geben. In unserem zivilisierten und wohlhabenden Land gibt es andere Wege, für ein unerwünschtes Kind zu sorgen, als seine Tötung. Aus sozialer Notlage darf niemand gezwungen sein, ein Kind abzutreiben.

Christliche Gemeinden und Gemeinschaften sollen erfahrbar für Familien mit Kindern und für Kinder und junge Menschen Bejahung, Geborgenheit und Heimat vermitteln. Christen und christliche Einrichtungen setzen sich vordringlich für hilfsbedürftige Menschen ein. Dazu gehören in erster Linie die ungeborenen Kinder, die sich selbst ja nicht helfen und schützen können. Deshalb erheben wir unsere Stimme für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder, die ihre Stimme noch nicht laut werden lassen können. Wir aber können es und sollten es tun: Das Lebensrecht der Kinder ist vorrangig vor dem Selbstbestimmungsrecht der Frau oder des Vaters.

6. Maßstab menschlichen Leben ist – beziehungsweise sollte sein – das Hauptgebot der Liebe: Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben aus ganzem Herzen, aus deiner ganzen Seele und mit allen deinen Kräften, und deinen Nächsten sollst du lieben wie dich selbst. Es darf sich nicht jeder selbst der Nächste sein oder egoistisch nur den eigenen Vorteil, die eigene Bequemlichkeit, die eigenen Pläne im Kopf haben, sondern danach streben, das neue Gebot Jesu zu erfüllen: Ein neues Gebot gebe ich euch: Ihr sollt einander lieben wie ich euch geliebt habe.

## 2. Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung<sup>4</sup>

Die deutschen Bischöfe haben in der Präambel der Vorläufigen Richtlinien für katholische Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen deutlich erklärt, dass auch das am 25. August 1995 verkündete Schwangeren- und Familienhilfe-Änderungsgesetz (SFHÄndG) trotz einiger Verbesserungen eine weitere Verschlechterung des Lebensschutzes bedeutet. Es handelt sich im Grundsatz um eine Fristenregelung mit teilweiser Beratungspflicht. Mit dieser Gesetzeslage kann sich die katholische Kirche nicht abfinden; sie kann in keinem Fall eine Behinderung des ungeborenen Lebens als Grund für eine Abtreibung anerkennen, sie kann eine Letztentscheidung der Mutter über Leben oder Tod des ungeborenen Kindes nicht akzeptieren, denn das Kind besitzt durchaus ein eigenes Lebensrecht; sie warnt vor der Aushöhlung des allgemeinen Bewußtseins vom Unrecht der Abtreibung.

Außerdem ist es nach wie vor ein Skandal, dass die Finanzierung der straffreien Abtreibung durch die öffentlichen Krankenkassen erfolgt. Wird ein ungeborenes Kind damit zur Krankheit erklärt?

Mit großen Vorbehalten hat sich die katholische Kirche zunächst an den Konfliktberatungen beteiligt. Es gab und gibt Gründe für diese Beteiligung. Oft können Frauen wirklich im Beratungsgespräch überzeugt werden, ihr Kind zur Welt zu bringen. So kann Leben gerettet und der Mutter geholfen werden. Den Beraterinnen der katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen ist für den oft schwierigen Dienst an dieser Stelle besonders zu danken. Dennoch haben sich Zweifel an der Wirksamkeit des Lebensschutzes im Vollzug dieser Beratungspraxis nicht ausräumen lassen. So ist die Zahl der Abtreibungen in Deutschland – anders als vom Gesetzgeber und vom Bundesverfassungsgericht gewollt – in den letzten Jahren nicht zurückgegangen. Zudem kann eine allmähliche Veränderung der öffentlichen Meinung beobachtet werden. Die aktuellen Entwicklungen in der Gentechnologie, die Entwicklung im Umkreis der Euthanasie und die jüngst auch in Deutschland zugelassene Abtreibungspille führen zu einer Aufweichung des Schutzes ungeborenen, behinderten und verlöschenden Lebens.

In vier Briefen hat Papst Johannes Paul II. die deutschen Bischöfe eindringlich gebeten, die Frage der katholischen Konfliktberatung so zu überprüfen, dass das Zeugnis der Kirche für das Leben nicht verdunkelt wird. Schließlich hat er verlangt, von der Ausstellung der Beratungsscheine, die vom Gesetz

---

<sup>4</sup> Erzbischof Degenhardt, Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung im Erzbistum Paderborn (Worte zur Zeit 29) 2000; hier: Textauszug aus dem Hirtenwort des Erzbischofs vom 16. Dezember 1999

als Voraussetzung der straffreien Abtreibung vorgesehen sind, abzusehen. In seinem letzten Brief vom 20. November 1999 unterstreicht er nochmals, „die Beratung zu erhalten, ohne jedoch die Bestätigung auszustellen“. Es herrscht Einigkeit in der katholischen Kirche darüber, dass, wie das II. Vatikanische Konzil formuliert, Abtreibung immer „ein verabscheuungswürdiges Verbrechen“ (GS, 51) darstellt. Es herrscht auch Einigkeit, dass das Leben des ungeborenen Kindes mit der Mutter geschützt werden muss. Niemand jedoch, auch nicht die Mutter, darf über das ungeborene Leben verfügen.

Als Erzbischof von Paderborn folge ich der allgemeinen Lehre der Kirche und der ausdrücklichen Bitte des Heiligen Vaters, das unbedingte Zeugnis der Kirche für das Leben nicht zu verdunkeln. Daher wird in den Beratungsstellen des Erzbistums Paderborn vom 1. Januar 2000 nach neuen Richtlinien im vollen Umfang weiter beraten. Allerdings werden keine Beratungsscheine im Sinne des § 218 a StGB mehr ausgestellt. Diese Entscheidung habe ich nach gewissenhafter Prüfung getroffen.

Nachfolgend einige Anmerkungen zur katholischen Schwangerschaftsberatung im Erzbistum Paderborn:

Wir beraten weiter. Seit Januar 2000 wird jedoch im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und mit einem teilweisen neuen Konzept beraten. Generelle Veränderungen hat es im Raum Höxter gegeben. Dort hat der Vorstand des SkF Warburg als Träger einer anerkannten Beratungsstelle im Mai diesen Jahres entschieden, zukünftig keine Schwangerschaftsberatung mehr anzubieten. Mit dem Caritasverband Höxter konnte ein neuer Träger für dieses Beratungsangebot gefunden werden. Damit gibt es im Erzbistum Paderborn weiterhin 9 vom Herrn Erzbischof anerkannte katholische Schwangerschaftsberatungsstellen, denen 3 Nebenstellen zugeordnet sind.

Erste statistische Auswertungen lassen erkennen, dass die Anzahl der rat- und hilfesuchenden Frauen im Vergleich zum Vorjahr kaum nachgelassen, in einigen Beratungsstellen sogar zugenommen hat, so z.B. in Dortmund. Schwangerschaftskonfliktberatungen im Sinne des Gesetzes finden jedoch nur noch gelegentlich statt. Erheblich zugenommen hat die Anzahl der Anträge auf Bewilligungen von Leistungen aus der Bundesstiftung.

Mit Aufstockung der kirchlichen Mittel ist der Fortbestand des Beratungsangebotes gesichert und die verstärkte Nachfrage hat dazu geführt, 2 zusätzliche Halbtagsstellen für Beraterinnen - und zwar in Dortmund (Verstärkung) und Minden (neu) - zu genehmigen. Unter fachkundiger Anleitung sind die Beraterinnen dabei, ein neues Bundeskonzept für den Bereich des Erzbis-

tums Paderborn zu entwickeln. Damit sollen Schwerpunkte gesetzt werden, wie z.B. Beratungsangebote für Alleinerziehende, für Minderjährige, für Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch, für Frauen, die ein behindertes Kind erwarten, im Bereich der Pränataldiagnostik, usw.

Aufgestockt wurde der sogenannte Bischofsfonds, aus dem Müttern, bzw. Familien, finanzielle Beihilfen gewährt werden können. Waren dazu in den vergangenen Jahren ca. DM 150.000,-- erforderlich, so werden in diesem Jahr ca. 400.000,-- benötigt.

Betreffs der stattlichen Anerkennung einer weiteren Finanzierung durch das Land suchen die NRW –(Erz) Bischöfe derzeit das Gespräch mit Herrn Ministerpräsidenten Clement.

Donum-Vitae hat bisher 2 Beratungsstellen in unserem Erzbistum, und zwar in Höxter und Olpe eröffnet.

Die z.Zt. gültigen, vorläufigen Bischöflichen Richtlinien sollen zum 01. Januar 2001 durch bischöfliche Richtlinien ersetzt werden.

Das Erzbistum Paderborn wird auch in Zukunft die Beratungsangebote für Hilfe suchende Frauen in vollem Umfang aufrechterhalten und sich nach Kräften für den wirksamen Schutz des ungeborenen Lebens einsetzen. Die Beratungsarbeit soll durch den Verzicht auf die Ausstellung des gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsscheines nicht eingeschränkt werden. Jeder Frau in einer Schwangerschaftskonfliktlage soll durch die Kirche und ihre Beratung geholfen werden. Abtreibung jedoch kann keine Hilfe zur Konfliktbewältigung sein.

In diesem Zusammenhang erscheint mir die Absicht katholischer Laien, von der kirchlichen Verantwortung unabhängige Beratungsstellen zu errichten, die einen Beratungsschein ausstellen, kein geeigneter Weg zu sein, um ein einmütiges Zeugnis der Kirche für den Schutz des Lebens zu erreichen. Die Bitte des Heiligen Vaters gilt für Bischöfe, Priester und Laien.

Das Gebot Gottes: „Du sollst nicht töten“ ist keine kirchliche Sonderlehre, sondern für alle Menschen verbindlich, auch in schweren Konfliktlagen. Das Recht auf Leben ist grundlegendes Menschenrecht. Dieses von Gott gegebene Recht kann und darf kein Parlament außer Kraft setzen. Niemand, weder der Staat noch ein Mensch, hat Verfügungsrecht über menschliches Leben.

Es geht um den unbedingten Schutz des ungeborenen Kindes. Dafür tritt die Kirche auch gegen Widerstände ein. Ich bitte alle Katholiken und alle Men-

schen guten Willens, für den unbedingten Schutz des menschlichen Lebens einzutreten.

Denn jeder Mensch ist uns das Bekenntnis wert, das die Bibel im Psalm 139 formuliert: »Du hast mich im Leib meiner Mutter gewoben ... Deine Augen sahen, wie ich entstand«.

### **3. Ärztliches Handeln und menschliches Dasein**

Vor diesem Hintergrund der Schutzpflicht für das ungeborene Kind habe ich schon 1995 einen eindringlichen Appell an das ärztliche Bewußtsein gerichtet<sup>5</sup>. Denn das Bundesverfassungsgericht mißt dem Arzt innerhalb des Schutzkonzepts einer Beratungsregelung eine eigenständige Schutzaufgabe zu. Der Arzt ist schon durch Berufsrecht und Berufsethos darauf verpflichtet, sich für die Erhaltung auch des ungeborenen Lebens einzusetzen. Nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts obliegt es ihm, einerseits über die rein medizinischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs hinaus den Schwangerschaftskonflikt im Rahmen eigener Erkenntnismöglichkeiten zu erheben und sich ein eigenes Urteil zu bilden. Andererseits hat er im Beratungsgespräch in geeigneter Weise zum Ausdruck zu bringen, daß der Schwangerschaftsabbruch menschliches Leben zerstört«.

Wir wissen, daß neues Leben zu allen Zeiten und auch unabhängig von den gesellschaftlichen Konditionen oft nicht herzlich begrüßt und bejaht wird. Ein neuer Mensch erzwingt Verantwortung und Verantwortungsübernahme, um leben zu können. Ein neuer Mensch bringt durch seine Existenz Veränderung für die mit ihm lebenden Personen. Deshalb kann es nicht darum gehen, den Menschen zu verhindern, sondern nur darum, ihm seinen Lebensraum und seine menschenwürdige Entfaltung zu ermöglichen und zu sichern.

Jeder ist sich darüber bewußt und kann es in seinem sozialen Nahraum fast alltäglich erfahren, »daß eine ungewollte Schwangerschaft in jedem Fall – ob diese ungewollte Schwangerschaft nun mit dem Leben oder der Tötung des Kindes endet – für die Frau ein beeinträchtigtes, belastetes oder behindertes Leben bedeuten kann«. Dennoch bleibt die Kirche bei ihrem uneingeschränkten Ja zum Leben. Statt Vernichtung bietet sie allen Menschen in Not - ob geboren oder noch ungeboren - ihre Unterstützung und Hilfe zum Leben an. Gerade im Bereich des Lebensschutzes ist es die ehrenvollste und lebensnotwendigste Aufgabe, die diakonische Dimension der Kirche zur Geltung zu bringen. Wir wissen, daß wir gerade dafür nicht immer geliebt werden, denn

<sup>5</sup> Vgl. zum Folgenden: Erzbischof Degenhardt, Abtreibung - Tötung eines ungeborenen Kindes (Worte zur Zeit 28) 53f..

es gibt kurzfristigere und weniger nachhaltigere Lösungen, als gezeugtes Leben auszutragen und es in einer Atmosphäre der Bejahung und Fürsorge zu erhalten.

Deshalb richten wir unsere Bitte und Anfragen immer auch in die Gesellschaft hinein, an Menschen, die an diesen Nahtstellen des Lebens in persönlicher ethischer Verantwortung stehen. Denn hier stellen sich die eigentlichen Fragen: »Ist es ärztliche Aufgabe, Menschen zu einem ungestörten Glück zu verhelfen? Oder gehören Unglück, Krankheit und Behinderung notwendig zum menschlichen Leben? Ist es möglicherweise Aufgabe der Ärzte und Therapeuten, Menschen dabei zu helfen, ihre Krankheit und ihr Unglück zu bewältigen, zu integrieren, als Teil ihres Lebens zu akzeptieren, anstatt in jedem Fall Krankheit und Störung zu beseitigen?«

Zu einem realistischen Begriff vom Leben, zu einer weiten und lebensbejahenden Haltung gehört doch gerade die Unvorhersehbarkeit als Teil des Lebens hinzu. Zum menschlichen Leben gehört das Unverfügbare, Unvorhergesehene<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Gott ist ein Freund des Lebens, 52f.

## **Rechtlicher Lebensschutz und ärztliche Ethik - Die Rolle des Arztes im Beratungskonzept -**

**von Bernward Büchner<sup>1</sup>**

Am 1. Oktober jährte sich zum fünften Mal der Tag des Inkrafttretens der bei uns geltenden Abtreibungsgesetze. Von den Lebensrechtlern abgesehen hat dieses Datum niemand registriert. Dies erklärt sich leicht daraus, dass diese Regelungen wie eine heilige Kuh behandelt werden, als Ergebnis eines gesellschaftlichen Kompromisses, der geradezu als sakrosankt gilt. Dabei bestünde wahrlich längst Grund genug zu fragen, ob das erklärte Ziel eines besseren Lebensschutzes Ungeborener eigentlich erreicht worden ist. Schon ein Blick auf die Gesamtzahlen der beim Statistischen Bundesamt gemeldeten sogenannten Schwangerschaftsabbrüche zeigt deutlich, dass dem nicht so ist. Danach ging die jeweils für die alten und neuen Bundesländer registrierte Gesamtzahl der Abtreibungen von gut 111.000 im Jahr 1993 in den beiden Folgejahren auf 103.586 bzw. 97.937 zurück, nahm dann jedoch im Jahr nach der Gesetzesnovelle mit 130.899 sehr deutlich auf ein Niveau zu, das von 1996 bis 1999 fast konstant blieb und stets deutlich über 130.000 lag.

Aber nicht nur die Statistik wirft die Frage nach dem Schutzeffekt der Gesetze und ihrer Praxis auf. Vielmehr stellt sich diese schon von Verfassungswegen. Schließlich hat das *Bundesverfassungsgericht* (im Folgenden: *BVerfG*) in seinem Urteil von 1993 das vom Gesetzgeber gewählte Konzept - wenn auch nur als Versuch - zwar grundsätzlich gebilligt, zugleich aber betont, der Gesetzgeber sei angehalten, die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzepts im Auge zu behalten. Stelle sich nach hinreichender Beobachtungszeit heraus, dass das Gesetz das von der Verfassung geforderte Maß an Schutz nicht gewährleisten könne, so sei der Gesetzgeber verpflichtet, durch Änderung oder Ergänzung der bestehenden Vorschriften auf die Beseitigung der Mängel und die Sicherstellung eines ausreichenden Schutzes hinzuwirken. Diese Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht bestehe auch und gerade nach einem Konzeptwechsel. Obwohl inzwischen eine gewisse ausreichende Beobachtungszeit von fünf Jahren vergangen ist, hat der Gesetzgeber diese seine Pflicht bisher schlicht ignoriert, weil die Verteidigung

---

<sup>1</sup> Der Verfasser ist Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht (Freiburg) und Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln).

eines "gesellschaftlichen Kompromisses" als Selbstzweck offenbar für wichtiger gehalten wird als der von der Verfassung gebotene Lebensschutz Ungeborener.

Was das Mindestmaß des rechtlichen Schutzes anbelangt, hat das *BVerfG* in dem bereits erwähnten Urteil im Grundsatz klare Vorgaben gemacht, von denen hier nur die folgenden beiden erwähnt werden sollen. Sie bezeichnen - auch für den juristischen Laien einleuchtend - die elementarsten Voraussetzungen eines rechtlichen Lebensschutzes ungeborener Kinder, hinsichtlich deren der gesetzliche Status quo bereits im höchsten Maße fragwürdig erscheint. Zum einen haben die Verfassungsrichter klargestellt, dass das Ungeborene auch gegenüber seiner Mutter ein eigenes Recht auf Leben habe. Zum anderen haben sie betont, dass die Tötung ungeborenen Lebens grundsätzlich Unrecht, also verboten sei, anderes nur bei festgestelltem Vorliegen bestimmter Indikationen gelten könne und der "Schwangerschaftsabbruch" auch im Gesetz deutlich als Unrecht gekennzeichnet werden müsse. Die Erhaltung und Stärkung eines entsprechenden Rechtsbewusstseins sei zudem eine Grundvoraussetzung für den Schutzeffekt des "Beratungskonzepts".

Nach der Lehre der katholischen Kirche versteht es sich von selbst, dass jeder Mensch, ob geboren oder ungeboren, ein Recht auf Leben hat. Die Klarstellung des *BVerfG* und übrigens auch des Gesetzgebers (§ 219 StGB), dass dieses Recht auch dem Ungeborenen gegenüber seiner Mutter zusteht, ist zu begrüßen. Recht auf Leben eines jeden Menschen bedeutet: Sein Lebendürfen ist unabhängig vom Willen und der Entscheidung eines anderen.

Diese Grundeinsicht hat das *BVerfG* freilich außer Acht gelassen, indem es aufgrund der besonderen Situation der Frühphase einer Schwangerschaft, der Unentdecktheit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit des auf einzigartige Weise mit der Mutter verbundenen Ungeborenen, der beratenen Schwangeren die "Letztverantwortung" und damit die Letztentscheidung über Leben oder Tod ihres Kindes zugestanden hat. Diese könne zwar nicht - wie dies selbst von katholischen Moraltheologen oft genug behauptet worden ist - als "Gewissensentscheidung" verstanden werden, wohl aber im Einklang mit der Verfassung als eine "gewissenhaft zustandegekommene und in diesem Sinne achtenswerte Entscheidung".

In der Nähe dieser Aussagen könnte die auch in kirchlichen Verlautbarungen zu lesende, nicht ganz unmissverständliche Formulierung gesehen werden, das Leben des ungeborenen Kindes könne nur mit der Mutter geschützt wer-

den, nicht gegen sie, oder, wie es in den neuen Richtlinien der Bischöfe für die katholische Schwangerenberatung heißt, "nur mit der Mutter und durch sie". Dies braucht indessen nicht zu bedeuten, dass der Schwangeren die "Letztverantwortung" dafür überlassen werden darf, ob das Kind weiterleben oder getötet werden soll. Eine solche "Letztverantwortung" zuzugestehen, beruht auf einem Fehlverständnis von Verantwortung und verlangt von der Frau etwas, was kein Mensch im echten Sinne verantworten kann, und damit etwas im Grunde Unmenschliches, oft genug, damit sich andere ihrer Verantwortung für die Frau und ihr Kind entziehen können.

Der Mutter die Letztentscheidung über das Leben des Kindes zuzuerkennen, steht davon abgesehen in krassem Widerspruch zu dessen Lebensrecht ihr gegenüber. Dieses wird preisgegeben aus der konsequenzialistischen Überlegung heraus, es sei ethisch vertretbar, das Leben einzelner Ungeborener zu opfern, zu ihrer Tötung - z.B. durch Erteilung eines Beratungsscheins - sogar Beihilfe zu leisten, um durch die gesetzlich vorgeschriebene Beratung möglichst viele Kinder retten zu können. Wie der Rechtsphilosoph *Günther Jakobs* kürzlich dargelegt hat, ist dies unvereinbar mit einem eigenen Lebensrecht des Ungeborenen und es laufe auf dessen Exklusion aus dem Recht hinaus.

Für das *BVerfG* ist der "Schwangerschaftsabbruch" allerdings grundsätzlich Unrecht - eine selbstverständliche Konsequenz des Lebensrechts des Ungeborenen. Hierauf verweisen insbesondere diejenigen, die meinen, auch nach der Entscheidung des Papstes im Rahmen von "Donum vitae" die Schwangerschaftskonfliktberatung mit Schein im gesetzlichen System fortsetzen zu müssen. Der Abbruch nach Beratung, sagen sie, sei ja nur straffrei, bleibe aber Unrecht. Zu fragen ist jedoch, ob dieser Vorbehalt mehr ist als Schall und Rauch, ob der aufgrund einer Freudschen Fehlleistung sogenannte "beratene Schwangerschaftsabbruch" tatsächlich noch als Unrecht behandelt wird und im Bewusstsein der Menschen als solches gilt. *Erzbischof Degenhardt* u.a. haben wiederholt festgestellt, das allgemeine Bewusstsein vom Unrecht der Abtreibung werde ausgehöhlt. Es schwinde zunehmend. Das aber kommt nicht von Ungefähr, sondern ist geradezu durch das "Beratungskonzept" bedingt. Denn das *BVerfG* meinte, um der Wirksamkeit dieses Konzeptes willen müssten oder könnten die Unrechtsfolgen weitgehend ausgeschlossen werden. Dass Abtreibungen nach Beratung rechtswidrig seien, lässt sich dem Gesetz allenfalls noch indirekt entnehmen. Von einer deutlichen Kennzeichnung als Unrecht kann ebensowenig die Rede sein wie von praktisch relevanten Folgen, die ein Unrechtsbewusstsein vermitteln könnten.

Vielmehr sieht es der Staat sogar als seine Aufgabe an, den Vollzug der vorgeburtlichen Kindestötung in einem flächendeckenden Netz von Einrichtungen sicherzustellen.

Wer all dies weiß, wird kaum auf den Gedanken kommen, nach dem gesetzlichen Konzept - das ja in Wirklichkeit nichts anderes ist als eine Fristenregelung mit Beratungsangebot und Bescheinigungspflicht - sei Abtreiben verboten. Deshalb gilt eine solche Abtreibung inzwischen weithin als erlaubt, übrigens auch in der Rechtslehre und Rechtsprechung. Das in sich höchst widersprüchliche Konzept, heißt es, lasse den "rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch als erlaubte Handlung" (*Winfried Kluth*) erscheinen. Die Abtreibung sei nur "verbal-symbolisch" als rechtswidrig gebrandmarkt (*Michael Sachs*). Der erste Senat des *BVerfG* beschied einen strafrechtlich verurteilten Abtreibungsgegner, der sich auf die Meinungsfreiheit berief, dahin, er wende sich gegen "vermeintliches Unrecht". Am deutlichsten aber wird die praktische Bedeutungslosigkeit des verfassungsrechtlichen Tötungsverbots dadurch, dass derselbe Senat des *BVerfG* (in seinem Urteil zum Bayerischen Schwangerenhilfenergänzungsgesetz) abtreibenden Medizinerinnen den grundrechtlichen Schutz der Berufsfreiheit zugebilligt hat.

Suchen wir nach den tieferen Gründen dafür, dass Abtreiben nach bescheinigter Beratung nicht mehr als Unrecht gilt, erkennen wir den Einfluss der *Diskursethik*, die, wie wir noch sehen werden, in der Ethik der Medizin heute große Bedeutung gewonnen hat, auf deren Hintergrund aber auch das "Beratungskonzept" zu sehen ist, welches im Wesentlichen dem von *Albin Eser* entwickelten "notlagenorientierten Diskursmodell" entspricht.

Die von *Jürgen Habermas* entwickelte *Diskursethik* wurzelt in der These, dass es in einer pluralistischen Gesellschaft keinen Konsens mehr über die Verbindlichkeit von Werten und Prinzipien und deshalb auch keine deduktiv zu gewinnenden ethischen Entscheidungen mehr geben könne. Bei einer Konfliktlösung könne deshalb nicht das Ergebnis, sondern nur die Qualität des Lösungsweges entscheidend sein. Diese Qualität soll dadurch sichergestellt werden, dass über die unterschiedlichen ethischen Anforderungen zwischen den Beteiligten ein Diskurs geführt wird, bei dem deren Gewichtung und Abwägung, auch mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten, der Einschätzung der Teilnehmer überlassen bleibt, der also selbstverständlich non-direktiv geführt wird und im Ergebnis offen bleibt. Durch *Niklas Luhmann* hat diese Denkweise längst Eingang in die Rechtswissenschaft gefunden, z.B. bei *Albin Eser* oder dem Bundesverfassungsrichter *Winfried Hassemer*.

Dieser sieht die Entscheidung der Frau abzutreiben durch das Beratungsverfahren, das zu einer *"prozeduralen Rechtfertigung"* führe, legitimiert. Eine solche *Legitimation durch Verfahren* wird längst auch für andere Situationen postuliert. In einem Zeitungsbeitrag warf der Psychiater *Norbert Matussek* z.B. die Frage auf, ob es nicht an der Zeit sei, ähnlich den Konfliktberatungsstellen für Schwangere auch solche für Sterbende ins Leben zu rufen.

Als Fazit dieser rechtlichen Überlegungen bleibt festzuhalten: Erstens liegt dem gesetzlichen Abtreibungskonzept die mit dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes unvereinbare These zugrunde, die Entscheidung über Leben oder Tod des Kindes könne der Letztverantwortung der beratenen Schwangeren überlassen werden. Zweitens haben die geltenden Regelungen konzeptbedingt zur Folge, dass Abtreiben inzwischen weithin nicht mehr als Unrecht gilt. Das müsste besonders denen zu denken geben, die sich an der gesetzlichen Beratung mit Schein beteiligen. Denn dieses Verfahren ist doch der entscheidende Grund sowohl für jenes Überlassen der Letztverantwortung als auch für die ihm beigemessene legitimierende Funktion.

Leider sind diese Zusammenhänge - auch innerhalb unserer Kirche -, soweit überhaupt erkannt, jedenfalls bisher kaum offen diskutiert worden. Vielmehr herrscht noch immer die Ansicht vor, unsere Abtreibungsgesetze seien vergleichsweise gut. Sie enthielten eben keine reine Fristenregelung, wie sie anderswo gelte. Vielmehr müsse sich bei uns jede Frau vor einer Abtreibung beraten lassen und diese Beratung biete doch die Chance, das Leben des Kindes zu retten. Zweifellos bietet die Beratung Schwangerer diese Chance. Deshalb versteht es sich von selbst, dass es Aufgabe von Staat und Kirche sein muss, eine solche Beratung mit Rat und Hilfe in größtmöglichem Umfang anzubieten. Die Frage ist nur, ob das bei uns Gesetz gewordene "Beratungskonzept" verantwortbar ist und insbesondere von der Kirche, zu der die Laien ebenso gehören wie die Amtsträger, mitgetragen und -praktiziert werden kann. Dieses Konzept erweckt den Eindruck, als sei jede Frau, die nach der deutschen Fristenregelung abtreibe, tatsächlich vorher beraten worden, obwohl dies häufig eigentlich nicht zutrifft und so mancher Beratungsschein deshalb eine vom Gesetz erzwungene schriftliche Lüge ist.

Aber davon ganz abgesehen: Der entscheidende Einwand gegen das "Beratungskonzept" geht dahin, dass in ihm Hilfe zum Leben und Hilfe zum Töten untrennbar miteinander verwoben sind, diejenigen, welche nur das Leben der Kinder retten möchten, gezwungen sind, an deren Tötung mitzuwirken, und

dass dieses Konzept das Unrechtsbewusstsein zerstört, welches jedoch die Grundbedingung jedes Lebensrechtsschutzes ist.

Wir sollten deshalb dankbar dafür sein, dass der Papst entschieden hat, diesen Weg des Gesetzgebers nicht länger mitzugehen. Der Entschluss der Bischöfe, dieser Entscheidung zu folgen, ist ein Zeichen der Hoffnung, das an Überzeugungskraft noch gewänne, wenn noch deutlicher würde, dass die Bischöfe dem Papst nicht nur aus Gehorsam folgen, sondern sich auch die Gründe für seine Entscheidung voll zu eigen machen. Wie der Heilige Vater geschrieben hat, geht es um ein Zeichen, "das gerade im Widerspruch zur Schärfung des öffentlichen Gewissens beiträgt und damit letztlich auch dem Wohl des Staates dient". Ein solches Zeichen zu setzen, verlangt mehr als den bloßen Verzicht auf die Scheinerteilung. Es verlangt vielmehr die Auseinandersetzung mit dem System, aus dem sich die Bischöfe verabschieden, sowie seine unverblümete Darstellung. Nur so kann es gelingen, den Gesetzgeber dazu zu bewegen, seiner Pflicht nachzukommen, für den gebotenen Rechtsschutz ungeborener Kinder zu sorgen, und das zerstörte Bewusstsein von Recht und Unrecht wieder zu beleben. Die Bestrebungen des Vereins "Donum vitae" zeigen, wie weit auch katholische Christen von dieser Einsicht noch entfernt sind.

Ein Staat, der es als seine Aufgabe ansieht, für ein flächendeckendes Netz von Abbrucheinrichtungen zu sorgen, ist dabei auf die Mitwirkung der Ärzteschaft angewiesen, allein schon im Gesundheitsinteresse der Frauen, weshalb auch nur der von einem Arzt durchgeführte Schwangerschaftsabbruch strafrechtlich privilegiert ist. Das gesetzliche System setzt deshalb auf die Beteiligung der Ärzte, obgleich es ihnen ein Weigerungsrecht zugesteht. Im bereits erwähnten Urteil von 1993 beschreibt das *BVerfG* die Rolle des Arztes im "Beratungskonzept" wie folgt: Der Arzt dürfe einen verlangten Schwangerschaftsabbruch nicht lediglich vollziehen, sondern habe sein ärztliches Handeln zu verantworten. Er sei Gesundheit und Lebensschutz verpflichtet und dürfe deshalb nicht unbesehen an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken. Die staatliche Schutzpflicht erfordere es hier, dass die im Interesse der Frau notwendige Beteiligung des Arztes zugleich Schutz für das ungeborene Leben bewirke. Der Arzt sei schon durch Berufsethos und Berufsrecht darauf verpflichtet, sich grundsätzlich für die Erhaltung menschlichen Lebens, auch des ungeborenen, einzusetzen. Das "Beratungskonzept" verlange zwar von ihm nicht die Feststellung und Beurteilung einer Indikation, wenn er sich ein Bild darüber machen soll, ob er nach seinem ärztlichen Selbstverständnis seine Mitwirkung bei dem von der Frau gewünschten Abbruch verantworten

kann. Eine zu treffende ärztliche Entscheidung sei jedoch mit dem Beruf des Arztes und seiner ureigenen Aufgabe, Leben zu erhalten, unaufgebbar verbunden. Halte der Arzt den Abbruch für "ärztlich verantwortbar", müsse er ohne strafrechtliches Risiko daran mitwirken können. Halte er ihn jedoch für "ärztlich nicht verantwortbar", sei er aufgrund seiner allgemeinen Berufspflichten gehalten, seine Mitwirkung abzulehnen.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich, dass das *BVerfG* davon ausgeht, der Schwangerschaftsabbruch brauche nicht schon deshalb, weil er grundsätzlich Unrecht ist, von vornherein unverantwortbar zu sein. Der Gynäkologe *Hermann Hepp* hat dies mit Recht als Zumutung für die Frauenärzte bezeichnet. Es sei ein sehr schwer nachvollziehbarer Spagat, dass ethisch und "ärztlich vertretbar" sein solle, etwas Rechtswidriges zu tun. Wer seine ethische Entscheidung am Urteil des *BVerfG* orientiere, könne und dürfe keinen Abbruch durchführen. Ein als rechtswidrig deklarierter Eingriff verstoße erst recht gegen Standesrecht. Aus dem von *Hepp* aufgezeigten Dilemma findet ein nicht bereits generell mitwirkungsunwilliger Arzt nur heraus, wenn er das rechtliche Verbot einfach ignoriert, wofür es an juristischem Beistand nicht fehlt.

Von diesem Problem einmal abgesehen, bleibt ganz allgemein die Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen der Schwangerschaftsabbruch überhaupt ärztlich verantwortbar ist. Die hier anwesenden Ärzte werden diese Frage wie viele ihrer Fachkollegen vermutlich generell verneinen, zumindest soweit es sich nicht um Fälle der strengen medizinischen Indikation handelt. Immer mehr Ärzte verweigern sich jedoch nicht grundsätzlich. Für sie stellt sich die Frage, woran sich ihre Entscheidung im Einzelfall orientieren soll. Von den Ärztekammern, die hier eigentlich gefordert wären, ist eine klare Orientierung hierzu nicht zu erlangen, wie die Reaktionen auf eine Anfrage der *Juristen-Vereinigung Lebensrecht* zeigen. Inwieweit die ärztliche Aus- und Weiterbildung die erforderlichen Maßstäbe heute noch klar genug vermittelt, läßt sich aus der Sicht des Nichtmediziners nicht abschließend beurteilen. Das, was jeder in der einschlägigen Literatur nachlesen kann, gibt freilich genügend Anlass zur Skepsis.

Wer z.B. eines der heute gebräuchlichen Lehrbücher der Gynäkologie und Geburtshilfe zur Hand nimmt, stellt zu seiner Verwunderung fest, dass selbst in den umfänglichsten Werken nur selten etwas zur ärztlich-ethischen Beurteilung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden ist, und zwar insbesondere solcher während des ersten Drittels der Schwangerschaft, in wel-

chem ca. 97 Prozent aller Abtreibungen erfolgen. Soweit das Problem vereinzelt angesprochen wird, zeigt sich, wie weit sich ärztliche Ethik inzwischen vom hippokratischen Denken entfernt hat und von der Diskursethik sowie vom Prinzip der Patientenautonomie beherrscht wird.

Der Gynäkologe *Langer* z.B. beschreibt einen Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung von einem paternalistischen zu einem partnerschaftlichen Modell, in welchem die Autonomie der Patientin eine wesentliche Rolle spiele. Eine "festgelegte Tugendethik" habe in einer wertpluralistischen Gesellschaft keine zureichende Akzeptanz mehr. Für medizinische Entscheidungen adäquat sei deshalb nicht eine Gesinnungs-, sondern eine Diskursethik. Mit anderen Worten: In einer Problemsituation seien mehrere gültige Lösungen möglich; ausschlaggebend sei die Qualität des Entscheidungswegs, auf dem man zu dem Ergebnis gelangt sei. In der besonderen Situation der Geburtshilfe sei das "beste Interesse" zweier Individuen, nämlich der Schwangeren und des Kindes, zu berücksichtigen und im Konfliktfall gegeneinander abzuwägen. Letztlich träfen Arzt und Patientin eine gemeinsame Entscheidung, bei welcher jedoch nicht das eigene ethische Selbstverständnis des Arztes, sondern ausschließlich die Werthaltungen der Patientin ausschlaggebend sein sollen. Vom ungeborenen Kind als Patient und der Verantwortung des Arztes für ihn ist nicht die Rede. In einer beispielhaften Darstellung praktischer Konfliktsituationen bleibt das erste Drittel der Schwangerschaft ganz ausgespart. Für den Schwangerschaftsabbruch in dieser Phase soll offenbar allein die Entscheidung der Schwangeren maßgeblich sein. Dies aber bedeutet nichts anderes als die Anerkennung der ärztlichen Verantwortbarkeit einer Abtreibung auf Wunsch.

Die wiedergegebene Darstellung *Langers* liegt im Wesentlichen auf der Linie dessen, was auch in heute gebräuchlichen Lehrbüchern des Faches "Ethik in der Medizin" nachzulesen ist. Auch diese favorisieren den Diskurs als legitimierendes Verfahren, in dem die Entscheidung einer Frau zum Abbruch ihrer Schwangerschaft ohne feste Grenzen als ausschlaggebend gesehen wird. Der Verantwortung für sein eigenes Handeln soll der Arzt offenbar enthoben sein. Und selbst die elementarsten Rechte des Ungeborenen werden nur als einzelne unter verschiedenen Interessen betrachtet, deren Wichtigkeit der jeweiligen subjektiven Einschätzung überlassen bleibt.

Ein solches Verständnis von ärztlicher Verantwortung wird von vielen der heute praktizierenden Ärzte gewiss nicht geteilt. Doch ist zu befürchten, dass eine solche "Ethik", die diesen Namen eigentlich nicht verdient, bereits ver-

breitet ist und an Einfluss noch gewinnen wird, je weniger sie in der Ärzteschaft Widerspruch findet.

Wenn wir uns abschließend fragen, was uns als katholischen Christen in der geschilderten Situation zu tun bleibt, dann dies: Wir müssen unsere Bischöfe in ihrem Bemühen, schwangeren Frauen in einer Beratung ohne Schein verstärkt mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen, tatkräftig unterstützen. Wir müssen uns aber auch entschieden einem Umgang mit dem Leben von Menschen widersetzen, der diese als Inhaber elementarer Rechte nicht ernst nimmt, ihr Leben vielmehr nach den Regeln einer Diskursethik zu einem abwägbaren Gut degradiert. Wir müssen dies tun, wie der Papst sagt, zur Schärfung des öffentlichen Gewissens und damit auch zum Wohl des Staates.

### **Literaturhinweise:**

*Bundesverfassungsgericht*, Urteil vom 28.5.1993, BVerfGE 88, 203 ff.

*Günther Jakobs*, Lebensschutz durch Pflichtberatung? in: Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. Nr.17 (2000), S.17 ff.

*Robert Spaemann*, Verantwortung für die Ungeborenen, in: Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. Nr.5 (1988), S.13 ff.

Belege der zitierten Literatur bei:

*Bernward Büchner*, Ist abtreiben wirklich noch Unrecht? in: Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. Nr.17 (2000), S.9 ff.

*Ders.*, Zur Verantwortbarkeit einer Tötung Ungeborener nach der Lehre der Medizin, Zeitschrift für Lebensrecht 1/2000, S.2 ff.

# **Pränatale Medizin – Von der Diagnostik zur Therapie in utero**

**von Hansjakob Müller**

## **1. Ein neues Zeitalter der Medizin hat begonnen.**

Die Schulmedizin hat in unserer Zeit die Schwelle in das neue Zeitalter der „molekularen Medizin“ überschritten: wir lernen das Wesen von Gesundheit und Krankheit immer besser auf biochemischer, eben molekularer Ebene verstehen.

Eine historische Parallele zwischen der Entwicklung der bisherigen und der künftigen Schulmedizin zeichnet sich ab. Deren heutiger Stand wäre ohne das über Jahrhunderte hinweg erfolgte Studium der Morphologie (Anatomie) unseres Körpers und der einzelnen Organe sowie desjenigen der Funktion (Physiologie) undenkbar. 1543 veröffentlichte Andreas Vesalius in Basel das erste aufgrund unmittelbarer Beobachtungen am menschlichen Leichnam verfasste anatomische Lehrbuch. Damit überwand er die auch wegen kirchlichen Dogmen bis dahin stagnierende anatomische Forschung und die beharrlichen Kräfte der mittelalterlichen Lehre des Galenismus. Eine ärztliche Haltung kam damals zum Durchbruch, die bis heute anhält: Man stellt den einzelnen Patienten ins Zentrum des Interesses und plädiert für eine naturgetreue Darstellung des Wahrnehmbaren. Der Erforschung der Struktur der Organe folgte diejenige ihrer Funktion. 1628 stellte der Londoner Arzt William Harvey seine historische Lehre vom Blutkreislauf auf. Sobald die normale Anatomie und Physiologie bekannt ist, ging es darum, die typischen Veränderungen bei Krankheit zu erkennen. Die Pathophysiologie erfuhr erst im vergangenen Jahrhundert ihren eigentlichen Durchbruch.

Das menschliche Genomprojekt zielt darauf ab, die molekulare Anatomie unseres Erbgutes (Genom) zu entschlüsseln. Die bereits seit mehr als 25 Jahren eingeführten und seither weiterentwickelten Verfahren der Gentechnologie ermöglichen die eingehende Analyse der Schlüsselsubstanz der Vererbung, nämlich der DNS (= Desoxyribonukleinsäure) oder DNA (A = „acid“). In internationaler Zusammenarbeit von Teams an öffentlichen und privaten Institutionen geht es darum, alle menschlichen Gene zu identifizieren, sie in ihren Trägereinheiten, den sogenannten Chromosomen zu lokalisieren, um dann die Folge der sie repräsentierenden DNA-Basenpaare zu entziffern (sequenzieren). Gene dienen der Zelle als Rezepte, mit denen sie spezifische Eiweiße (Blut- oder Muskeleiweiße, Enzyme oder Hormone) mit der richtigen Zahl und Reihenfolge von Aminosäuren zusammensetzen kann. Die kürzlich in den Medien hochgespielte Diskussion über die Anzahl der menschlichen Gene (nur etwa 30'000 und nicht wie bis vor kurzem ange-

nommen 80'000 oder gar mehr als 100'000) illustriert, wie wenig wir über die Anatomie unseres Erbgutes erst wissen. Und schon zeichnet sich eine nächste Etappe der medizinischen Forschung ab: „Genomics“, die Erforschung des Anatomie des Genoms und das Ableiten der Genfunktion basierend auf der Genstruktur, wird durch „Proteomics“ erweitert. Man will die Funktion der Genprodukte, also der Eiweisse oder Proteine, besser verstehen lernen. 1994 wurde in Analogie zum Fachwort „Genom“ (siehe oben) der Begriff „Proteom“ für die Gesamtheit aller Eiweisse einer Zelle oder eines Organismus eingeführt. „Proteomics“, die Erfassung der Synthese, des dreidimensionalen Aussehens und der stetigen Veränderungen von Eiweissen sowie ihre Interaktion untereinander wird der molekularen Medizin zu ihrem endgültigen Durchbruch verhelfen. Zudem werden neue genetische Diagnostikverfahren entwickelt (GeneChip), die dank Automatisierung und grossem Probendurchlauf die heute noch sehr aufwendige molekulargenetische Diagnostik rationalisieren sollen.

Es ist das erklärte Ziel der Schulmedizin, die Ursache einer Krankheit oder Behinderung möglichst präzise zu erfassen, um darauf basierend eine zielgerichtete Therapie anbieten zu können. Bei Infektionskrankheiten ist dieser Zusammenhang selbstverständlich und akzeptiert. Die molekulargenetische Diagnostik von Krankheitsveranlagungen ist eine logische Folge im Fortschritt der Medizin im Bereich der Erbkrankheiten. Neue Möglichkeiten der Therapie und Krankheitsvorbeugung werden sich dank „Genomics“ und „Proteomics“ ableiten lassen.

## **2. Perinatale Medizin – eine nicht mehr ganz neue Domäne der Heilkunst**

Nicht zuletzt dank den Fortschritten der Medizin beginnt das Leben nicht mehr erst mit der Geburt. Es werden zunehmend Risikosituationen im Verlaufe der Schwangerschaft erkannt, derentwegen die Gesundheit des Embryos oder Feten bedroht ist und die nach medizinischen Maßnahmen rufen. So ist gut dokumentiert, dass die Einnahme von Multivitaminpräparaten und Folsäure durch die Schwangere zu einem Rückgang der schweren Neuralrohrdefekte (Anenzephalus, Spina bifida) führt. Durch die Verabreichung von anti-D-Antikörpern an Rhesus-negative Mütter kann eine immunologische Abwehr gegen das eigene noch ungeborene Rhesus-positive Kind entscheidend eingeschränkt werden. Die sorgfältige Behandlung eines erhöhten Blutdruckes oder eines Diabetes (Zuckerkrankheit) der künftigen Mutter führt zu einer beachtlichen Reduktion von Schwangerschaftskomplikationen und gesundheitlich geschädigten Neugeborenen.

Nicht nur die Schwangere, sondern unmittelbar auch der Fetus kann zum Patienten werden. Liegt in der Steroidhormonsynthese ein 21-Hydroxylasedefekt vor, führt dies bei Mädchen zur Virilisierung der äußeren Genitale, was

vorerst für die Eltern, später für das betroffene Kind ausgesprochen belastend ist. Diese schweren Folgen lassen sich durch eine pränatale Glukokortikoid-Therapie abwenden. Leidet der Fetus an Herz-Arrhythmien, die unbehandelt eine schwere Herzinsuffizienz zu Folge hätte, ist eine transplazentare medikamentöse Therapie angezeigt. Wenn der fetale Urin wegen einer Fehlentwicklung der Harnwege nicht abfließen kann und der Harnstau zu einer irreversiblen Zerstörung des Nierengewebes führen würde, lassen sich die harngefüllten Nierenzysten durch sonographisch gesteuerte Shunt-Einlagen entleeren. Ein chirurgischer Eingriff am Feten kann Hilfe bringen, wenn z.B. eine Zwerchfellhernie vorliegt und Darmgewebe in den Brustkorb vordringt.

Weitere Möglichkeiten einer sogenannten perinatalen Medizin bestehen, respektive zeichnen sich ab, wenn man auch die Gentherapie oder die Stammzelltherapie in Erwägung zieht. Beide Maßnahmen dürften zur Behandlung von Ungeborenen mit Erbkrankheiten an praktischer Relevanz gewinnen. Bei der Gentherapie geht es darum, ein fehlendes oder funktionsuntüchtiges Gen durch ein fremdes normales zu ergänzen oder idealer Weise zu ersetzen. Wegen des einfachen Konzeptes löste die somatische Gentherapie bei ihrer bereits ein Jahrzehnt zurückliegenden Einführung in Wissenschafts- und Finanzkreisen eine große Euphorie aus. Diese legte sich bald wieder, als offensichtlich wurde, dass noch beachtliche Forschungsarbeit geleistet werden muss, bevor sie zu einem praxisrelevanten Angebot der Medizin werden kann. Durch eine Gentherapie von Embryonen, eventuell bevor sich diese in die Gebärmutter schleimhaut eingenistet haben, wäre die Vermeidung der Manifestation von generalisierten Krankheiten und Fehlbildungen denkbar. Praktisch alle Gremien jedoch, die sich mit dieser Form der Gentherapie befassten, die sich auch auf die Keimbahnzellen auswirken würde, kamen aus ethischen und anderen Überlegungen zum Schluss, dass genetische Eingriffe mit Auswirkungen auf spätere Generationen gesetzlich verboten werden müssen.

Unter Stammzellen werden Vorläuferzellen verstanden, die sich zu den differenzierten Zellen in unseren Geweben entwickeln und die den notwendigen Zellersatz sicherstellen können. Man unterscheidet embryonale Stammzellen („embryonic stem cells“), embryonale Keimzellen („embryonic germ cells“) und adulte Stammzellen („adult stem cells“). Letztere sind erst nach der Embryonalentwicklung für die Erhaltung und das Wachstum der Gewebe sowie für die Gewebeheilung verantwortlich. Die Möglichkeit der Übertragung fremder Stammzellen wird bei Patienten diskutiert, deren eigene Stammzellen oder deren Abkömmlinge eine lebenswichtige Funktion nicht erfüllen können, respektive die an chronischen Krankheiten leiden, die auf die Degeneration oder Destruktion bestimmter Zelltypen (Diabetes mellitus, Morbus Alzheimer oder Morbus Parkinson) zurückzuführen sind. Das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten der Stammzelltherapie dürfte sich erweitern, wenn man auch das

sogenannte „therapeutische Klonen“ mitberücksichtigt. Man versteht darunter, die Kreation genetisch identischer Zellen oder Gewebe, indem man einen Zellkern aus einer Körperzelle in eine entkernte Eizelle überträgt, aus der sich in der Zellkultur embryonale Stammzellen entwickeln. Die so erzeugten Stammzellen haben mit Ausnahme der mitochondrialen Gene das gleiche Erbgut wie der Empfänger und Zellkernspender. Sie sollten daher von seinem Immunsystem nicht als Fremdlinge abgestoßen werden. Stammzellen in Kultur lassen sich grundsätzlich mit den Verfahren der somatischen Gentherapie genetisch verändern. In der ethischen Diskussion ist das „therapeutische Klonen“ vom „reproduktiven“ zu unterscheiden. Letzteres zielt darauf ab, genetisch identische Lebewesen zu kreieren.

### **3. Pränatale Diagnostik und Betreuung von Schwangeren**

Unter pränataler genetischer Diagnostik werden Untersuchungen während der Schwangerschaft verstanden, dank derer sich ein Risiko für oder ein Verdacht auf das Vorliegen einer schweren Erbkrankheit oder Behinderung beim Embryo oder Feten bestätigen oder ausschließen lassen. Aufgrund des dabei erzielten Resultates können gelegentlich der Geburtsvorgang angepaßt (z.B. Verzicht auf Kaiserschnitt bei lebensunfähigem Neugeborenen) oder die schweren Folgen einer Erbkrankheit abgewendet werden (siehe oben). Meist führt ein pathologisches Resultat zum Abbruch der Schwangerschaft, was mit beachtlichen ethischen, psychosozialen und auch rein medizinischen Fragen verbunden ist. Diese lassen sich in unserer pluralistischen Gesellschaft nicht umfassend und allgemein akzeptierbar beantworten. „Nutzen“, „Risiko“, „Schweregrad“ einer bestimmten Krankheit oder Behinderung, bzw. „Rechtfertigung“ eines Abortes können für die Schwangere, das Paar, den Embryo/Feten, die betreuende Ärzteschaft, die nicht unmittelbar betroffene Öffentlichkeit oder auch die Kirchen verschiedene Wertigkeiten haben. Es bestehen zudem große individuelle Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung der Symptome medizinisch einheitlich erscheinender Krankheitsbilder durch Patienten, Eltern, Angehörige oder Außenstehende. Auch im Zeitalter der molekularen Medizin und der modernen genetischen Diagnostik muss der einzelne Mensch mit seinen individuellen Sorgen und Nöten im Zentrum der ärztlichen Fürsorge stehen.

Medizin, Justiz oder Gesundheitsökonomie haben immer wieder Bewertungen des Erbgutes vor allem hinsichtlich seiner Nützlichkeit versucht. Die vielerorts geforderte Liste jener genetischen Krankheiten und Behinderungen, die zur pränatalen Diagnostik zugelassen sind, lässt sich nur schon aus medizinischen und psychosozialen Gründen nicht verantworten. Eine Katalogisierung der dazu freigegebenen Krankheiten würde die Autonomie, inkl. die Gewissensbildung, der Schwangeren mit enormem gesellschaftlichen Druck bedrohen. Eine legitimierte Bewertung des Lebens hätte zwangsläufig eine Verschlechterung der Position vieler Behinderter sowie eine Gefährdung der

solidarischen Hilfeleistungen aufgrund der gemachten Kosten-Nutzen-Kalkulationen zur Folge. Sie würde zudem von der wissenschaftlichen Suche nach neuen perinatalen Behandlungsmöglichkeiten abhalten. Die hier postulierte Notwendigkeit einer individualisierenden Einschätzung der einzelnen Situationen bedeutet aber nicht, dass wir uns nicht bemühen sollten, ethische Grundsätze zu formulieren, die Betroffene und Ärzteschaft beim Einsatz der genetischen Diagnostik leiten können.

Eine grundsätzlich akzeptierbare Rechtfertigung für eine Abtreibung gibt es nicht. Die pränatale Diagnostik erweist sich trotzdem als wertvolle ärztliche Hilfe bei der Betreuung von Frauen mit einer Risikoschwangerschaft, z. B. gerade dann, wenn diese schon ein schwer behindertes Kind oder auch Geschwister haben und die Chance für gesunden Nachwuchs groß ist. Ein gesundes weiteres Kind hat günstige Auswirkungen auf die Erziehung des behinderten und trägt zum Abbau der unberechtigten, aber leicht auftretenden Schuldgefühle der Eltern bei. Unbestreitbar muss eine pränatale Diagnostik von einer angemessenen, umfassenden genetischen Beratung begleitet sein.

In der Schweiz dürfte die pränatale Diagnostik nicht zu einer Erhöhung der Schwangerschaftsabbrüche geführt haben, weil solche früher häufig wegen Unsicherheit und der daraus resultierenden Ambivalenz der Schwangeren und ihres Partners ohne genaue Kenntnis der genetischen Umstände erfolgten. Nur bei einem sehr kleinen Anteil aller pränatalen Untersuchungen wird ein pathologisches Resultat festgestellt.

#### **4. Ambivalenz des Fortschrittes**

Der Fortschritt der medizinischen Diagnostik eröffnet mehr Handlungsmöglichkeiten und daher mehr (Wahl)-Freiheiten, was nicht nur mehr Entscheidungen, sondern unweigerlich auch die Wahrnehmung von mehr Verantwortung fordert. Diese Entwicklung erfolgt in unserer Gesellschaft auf einem Hintergrund mit den Phänomenen der „Individualisierung“ und der „Globalisierung“. Unter „Individualisierung“ wird der Trend verstanden, den man mit dem Bedürfnis/Recht, „sein eigenes Lebens zu leben“, umschreibt. Von „Globalisierung“ spricht man hingegen, wenn Haltungen und Maßnahmen die eigene Kultur verlassen, in der sie entstanden sind, und für Menschen weltweit relevant werden. Täglich konfrontieren uns die Medien oft mit nur oberflächlichen Schlagzeilen über medizinisch-genetische „Fortschritte“ und wecken in weiten Kreisen der Öffentlichkeit den Wunsch, die oft idealisiert dargestellten Möglichkeiten auch für sich zu nutzen. Auf beide Entwicklungen ist unsere Gesellschaft schlecht vorbereitet. Einerseits erweist es sich als schwierig, Kritik an einer um sich greifenden Entwicklung zu äußern und sich vor deren Einfluss zu schützen. Andererseits fehlt es häufig an Bereitschaft zu einem Wertepluralismus, der einer vorerst regional konfliktbeladenen Innovation Akzeptanz verleihen könnte.

Der Informationstransfer von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzten zur Öffentlichkeit, aber auch zu umschriebenen Zielgruppen wie Vertretern der Medien, der Politik und der Kirchen sowie das Gespräch untereinander wurde früher oft vernachlässigt. Der Ärztetag im Erzbistum Paderborn kommt somit einem großen Bedürfnis nach. Als Arzt und Genetiker möchte ich die Chance nützen, dafür zu plädieren, dass man sich von kirchlicher Seite nicht nur für den Schutz von menschlichem Leben einsetzt, sondern sich auch dafür verwendet, dass Behinderte in unserer Gesellschaft die ihnen gebührende Integration und Anerkennung finden.

## **5. Abschliessende Bemerkungen eines medizinischen Genetikers**

„Genomics“ und „Proteomics“ werden keineswegs zu einem reduktionistischen Menschenbild führen, im Gegenteil: In der Medizin wird der menschliche Organismus nach den Worten des Begründers der Kybernetik, Norbert Wiener, nicht mehr wie im 17. oder frühen 18. Jahrhundert als „mechanischer Automat“, respektive, wie im 19. Jahrhundert als „Dampfwalze“, sondern immer mehr als Medium der Kommunikation und Kontrolle betrachtet. Die Natur des Menschen wird trotz des vertieften Einblicks in sein Erbgut weiterhin nur teilweise durch die Veranlagung bestimmt und bleibt mit Ungewissheit verbunden. Die Sichtweise setzt sich durch, dass die grundlegenden Lebensvorgänge auf der Speicherung, Weitergabe, Umsetzung und Veränderung genetischer Informationen beruhen. Die moderne Genetik hat die Medizin zweifelsohne verändert; das aufgezeigte Umdenken begann mit der Entwicklung der Gentechnologie am Anfang der 70er Jahre.

Trotz aller denkbaren Verbesserungen der DNA- und Eiweißdiagnostik bleibt eine aussagekräftiger individueller „Genom-Check“, also die Vorstellung von einem „gläsernen“ Menschen utopisch. Genetische Daten bedürfen der Interpretation, damit sie zu bedeutungsvoller genetischer Information werden. Dies fordert ein großes medizinisches Wissen, analytisches Können und Erfahrung, aber auch Besonnenheit und Umsicht. Sie stellt eine ärztliche Kunst dar; Automatismen führen zu Fehleinschätzungen. Wer wäre zu einer richtigen Auslegung der Datenfülle bei einem „Genom-Check“ überhaupt in der Lage?

**Anmerkung:**

Gerne stellt der Autor einschlägige Fachliteratur zu einzelnen in seinem Beitrag behandelten Aspekten auf Anfrage zur Verfügung.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Hansjakob Müller  
Leiter der Abt. für Medizinische Genetik UKBB  
Dept. Klinisch-Biologische Wissenschaften  
CH-4005 Basel  
Tel: +41 61 685 64 33  
Fax: 41 61 685 60 11  
Email: [Hansjakob.Mueller@unibas.ch](mailto:Hansjakob.Mueller@unibas.ch)

## **Moraltheologische Notizen zu akuten medizinethischen Problemen des Lebensschutzes\***

**von Hans Gleixner**

„Darf die Medizin, was sie kann?“ Den Traum vom *Menschen aus der Retorte* hegten bereits die Alchimisten des Mittelalters und der frühen Neuzeit. Assoziationen an das „Goldmachergäßchen“ („Zlatá ulika“ auf dem Prager Hradschin) werden wach. Eindrucksvoll inszeniert Goethes Faust I, 2. Akt, den Griff nach dem Ursprung des Lebens: Famulus Wagner arbeitet im „Laboratorium“ an der künstlichen (Er-)Zeugung des Homunculus. „Wie sonst das Zeugen Mode war, erklären wir für eitel Possen... Das Glas [d.i. die Retorte] erklingt von lieblicher Gewalt... Ich seh in zierlicher Gestalt ein artig Männlein sich gebärden. Was wollen wir, was will die Welt nun mehr? Denn das Geheimnis liegt am Tage...“<sup>1</sup>

Im Zeitalter der mehr und mehr gelingenden Genomanalyse scheint das Geheimnis gelüftet. Der Traum, an die Wurzel menschlichen Lebens vorzudringen und selber den Schöpfer zu spielen, verspricht Realität zu werden. Die einen überkommt Staunen, andere packt das Schaudern: Sollen, dürfen wir alles tun, was machbar ist? Diese Frage richtet sich auf sämtliche „Montagen“ des Menschen in Technik, Wirtschaft, seinen Umgang mit den Ressourcen der Natur. Auch die Medizin und ihr Fortschritt sind ethisch angefragt: Darf die Medizin, was sie kann? Es geht um die Grenze der menschlichen Manipulation: Was ist aus der Sicht christlicher Ethik zum Thema „Das Leben schützen“ zu bemerken und zu fragen?

### **I. Grundfrage: Menschenbild - Menschenwürde**

*Leben schützen* ist die übergreifende Zielsetzung, der wir alle verpflichtet sind. So sind auch das Ethos und der Auftrag des Arztes, zugespitzt in der Leitlinie „in dubio pro vita“, zu verstehen. Es scheint jedoch nicht mehr allseits bewußt zu sein, daß ein sittlicher Auftrag, das menschliche Leben in allen seinen Phasen zu schützen, als verpflichtendes Gebot besteht? Exponierte Stimmen, z.B. P. Singer, N. Hoerster, verneinen die Frage, ob menschliches

---

\*Es handelt sich um die geringfügig erweiterte Fassung des Referats zur Podiumsdiskussion „Das Leben schützen“ - Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik (18.11.2000).

<sup>1</sup> Johann W. von Goethe, Faust I, 2. Akt, Szene im Laboratorium.

Leben unverfügbar sei. Bestimmten Menschen spricht Hoerster das Lebensrecht ab. Wichtig ist dabei das Verständnis vom Menschen, das hinter seiner Position steht. Hoerster grenzt das christliche Menschenverständnis von vornherein aus der Diskussion aus als Glaubenssache, als unwissenschaftlich, irrational. Seine und Singers Thesen wirken suggestiv auf die Gesellschaft der Gegenwart und prägen sie.<sup>2</sup>

Das Vorverständnis vom Menschen findet seinen Niederschlag in der Sicht des Selbstbestimmungsrechts, der Gewissensautonomie, in der Auffassung und Praxis menschlicher Freiheit. Beispiel: Die christliche Ethik steht unter dem Anspruch des biblischen, jüdisch-christlichen Menschenbildes und Freiheitsverständnisses. Deswegen kommt sie in konkreten Fragen des Lebensschutzes zu bestimmten Ergebnissen. Diese treffen sich im Übrigen häufig mit dem konsequenten Menschenrechtsdenken (etwa des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland). Laut Menschenrechtsethos - und christlicher Anthropologie - bestehen unhintergehbare Rechte des Menschen. Dazu gehört das Recht jedes Menschen auf Leben als Basis für andere Grundrechte. Dieses steht daher nicht zur Disposition. Leben des Menschen als Mittel für (wenngleich achtbare) Zwecke *anderer* Menschen, d.h. fremd-nützig, zu vereinnahmen, verbietet sich.

Mit Menschenbild, Freiheits-, Autonomie- und Gewissensverständnis ist die Grundfrage angetippt, die in sämtliche Einzelprobleme rund um den Lebensschutz hereinspielt und natürlich auch die medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik berührt. Von daher kommt dem Moralthologen zu, einige konkrete Themen, Fragen, Hinweise, Herausforderungen - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - aus der Sicht der christlichen Ethik anzusprechen und zu formulieren.

## **II. Einzelne Problemfelder der Medizinethik**

Naturgemäß berühren sich die einzelnen Felder der Medizinethik (Abtreibung - Euthanasie, Fortpflanzungsmedizin, Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik, Forschung an Embryonen, Organtransplantation u.a.). Exemplarisches Vorgehen scheint angesagt.

---

<sup>2</sup> Vgl. Dietmar Mieth, Recht auf Leben beschnitten. Über Norbert Hoersters Abtreibungsplädoyer. In: EK 23 (1993) 26; Herbert Schlögel, Selbstbestimmung am Lebensende? Zur Auseinandersetzung mit Norbert Hoerster. In: StZ 125 (2000) 703-710, bes. 703f. 705-708.

## 1. Zur ethischen Problematik der Reproduktionsmedizin

Es geht zunächst um die pränatale Diagnostik mit Blick auf die Therapie: Diagnose zur Ermöglichung von Heilung festgestellter Krankheiten oder Behinderungen.

### 1.1 Pränatale Diagnostik (PD)

Wie andere medizinische Untersuchungsmethoden ist PD als solche ethisch neutral. Hingegen können die praktischen Folgen, der Gebrauch der aus ihr gewonnenen Erkenntnisse ethisch bedeutsam sein. Im Blickpunkt steht die positive Perspektive, indem PD den Lebens- und Gesundheitsinteressen des ungeborenen Kindes dient (z.B. Vorbeugung); indem sie die Eltern, die den verständlichen Wunsch nach einem gesunden Kind haben, von Angst befreit (zu 97 %) bzw. ihnen hilft, sich auf ein behindertes Kind einzustellen. PD kann Unsicherheit beheben und zum Segen sein. Wenn auch die Schere zwischen Diagnose und Therapie noch weit geöffnet scheint, sind doch bereits erfreuliche Therapieerfolge in Sicht.<sup>3</sup>

Die Risiken und damit die ethische Problematik liegen in dem bedrückenden Wissen der Eltern um mögliche Behinderung ihres Kindes. Soll man ihm oder dann dem jungen Erwachsenen das Schicksal einer unausweichlichen Krankheit überhaupt voraussagen, ihn mit einer evtl. tödlichen Wahrheit konfrontieren.

Negativ ist eine vorgeburtliche Untersuchung allgemeiner Merkmale, die medizinisch nicht begründet ist, z.B. Diagnose des Geschlechts eines Kindes (Gefahr der Diskriminierung von Menschen mit bestimmten Merkmalen). Ausweitung und routinemäßige Nutzung der PD könnte eugenischen Tendenzen Vorschub leisten in Richtung Selektion.<sup>4</sup> Je mehr die Medizin imstande ist, eine vermeintliche 'Garantie' für ein gesundes Kind zu geben, umso mehr steht zu befürchten, daß sich in der Gesellschaft die Ablehnung und die

<sup>3</sup> Vgl. den Beitrag von Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel.

<sup>4</sup> Eugenische Tendenzen gibt es seit mehr als 100 Jahren. J. Rifkin erinnert an Theodore Roosevelt, den 26. Präsidenten der USA, und dessen Worte: „Eines Tages werden wir erkennen, daß die oberste Pflicht, die unvermeidliche Pflicht guter Bürger darin besteht, ihr Blut der Nachwelt zu hinterlassen; und daß es uns nicht darum gehen kann, die Fortpflanzung von Bürgern des falschen Typs zu erlauben. Das große Problem der Zivilisation besteht darin, einen relativen Zuwachs der wertvollen und nicht der weniger wertvollen oder gar schädlichen Elemente in der Bevölkerung sicherzustellen... Dieses Problem können wir nur bewältigen, wenn wir dem immensen Einfluß der Erbanlagen Rechnung tragen... Ich wünschte, man könnte die ungeeigneten Menschen davon abhalten, sich fortzupflanzen; und wenn der böse Charakter dieser Menschen allzu eklatant ist, sollte dies unbedingt möglich sein. Kriminelle sollten sterilisiert werden, und Minderbegabten sollte verboten werden, Nachkommen zu hinterlassen... Wir sollten dafür sorgen, daß sich vor allem die geeigneten Menschen fortpflanzen.“ Zitiert in: FAZ 2000, Nr. 269, S. 41. 43, hier 41.

Abwehr gegenüber geschädigtem, behindertem und erkranktem Leben verstärken. Wird man bereit sein, von Geburt an behinderte Kinder überhaupt noch zu akzeptieren? Sie hätten ja ungeboren bleiben können! PD als Vorstufe zur eventuellen Beseitigung eines erbkranken oder behinderten Ungeborenen ist aus ethischer Sicht abzulehnen (Selektion sog. lebensunwerten Lebens).

PD erscheint daher ambivalent. Ihr Einsatz setzt eingehende human-genetische und medizinische Beratung und Begleitung der Eltern voraus, auch Information über Hilfsangebote und Unterstützung im Falle eines behinderten Kindes. Die zentrale ethische Problematik der PD besteht in der „Inkaufnahme eines (zumeist späten) Schwangerschaftsabbruchs“ bei einem Befund, der den Eltern nicht tragbar erscheint. Es kommt hinzu, daß der § 218 StGB (seit 1.10.1995) die PD unter die medizinischen Indikationen subsumiert - eine semantische Mogelei! Denn medizinische Indikation argumentiert ausschließlich mit der durch eine Schwangerschaft ernstlich gefährdeten Gesundheit bzw. dem gefährdeten Leben der Frau, während hier de facto das ungeborene Kind, das an Krankheit oder Behinderung leidet, als solches den wirklichen Grund und den 'Stein des Anstoßes' darstellt und ausgeschlossen werden soll. Der diagnostizierte Befund einer genetischen, chromosomalen oder physischen Behinderung des Kindes wird zum Abbruchgrund. PD ist in dieser Hinsicht für die Aussonderung (möglicherweise) kranker Menschen instrumentalisiert. Solche Quasi-Automatik (zwischen Diagnose und Abbruch) ist moralisch abzulehnen, aus demselben Grund wie die Abtreibung selbst.<sup>5</sup>

Von der medizinischen Problematik abgesehen (PD führt zur Früherkennung, ermöglicht aber nicht eo ipso die Therapie) sollte man die soziale Seite nicht unterschätzen. Ängste werden durch PD nicht nur beruhigt, sondern u.U. erst geweckt. Ein gesellschaftlicher Druck, PD in Anspruch zu nehmen, ist kaum abzustreiten. Können sich Schwangere dem Sog zur Anwendung noch entziehen?<sup>6</sup>

Die Folgerung muß lauten: Niemand darf zur PD gedrängt werden, die Anwendung bedarf der freien Einwilligung der Eltern nach umfassender Information und Beratung. Der Verzicht auf Inanspruchnahme der PD ist ein ethisch vertretbarer Weg. Es gibt auch ein gewisses „Recht auf Nichtwissen“ auf

<sup>5</sup> Hille Haker, Fortpflanzung im Zeitalter der Reproduktionsmedizin und Humangenetik - ein ethischer Kommentar. In: Ren. 56 (2000) 120-127, hier 125.

<sup>6</sup> Siehe ebd. 125; vgl. EKD/DBK, Wieviel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin (Gemeinsame Texte 11). Hannover/Bonn 1997, 14.

Grund der Selbstbestimmung; denn Wissen kann nicht nur entlasten, sondern auch belasten.<sup>7</sup> An die Humangenetik (Medizin) ist die ernste Frage zu richten, ob sie mit ihrer Praxis nicht „nolens volens... zumindest die moralische Legitimität des Schwangerschaftsabbruchs nach einem pränatal-diagnostischen Befund“ suggeriert.<sup>8</sup>

## 1.2 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Nun wird versucht, den Zeitpunkt der Diagnose möglichst weit vorzuerlegen durch PID (eine gezielte genetische Untersuchung an einzelnen embryonalen Zellen nach künstlicher Befruchtung, d.i. IVF, vor Einpflanzung in die Gebärmutter). Testet man (in vitro erzeugte) Embryonen bereits vor dem Transfer in den Mutterleib, so sei ein späterer Schwangerschaftsabbruch vermeidbar; denn es besteht noch keine Schwangerschaft. Ein verfängliches Spiel mit Worten, auf das man sich hier einläßt und zurückzieht! Aus ethischer Perspektive ist die PID eine „Vorverlagerung des Konflikts“, die diesen damit nicht vermeidet. Die zentrale Frage bleibt unbeantwortet, ob es sittlich zulässig ist, einen Embryo, laut Menschenrechtskonvention zur Biomedizin (MRK): „human being“, „l'être humain“, d.h. ein ungeborenes Menschenkind, aus Gründen seiner genetischen Eigenschaften oder einer Behinderung abzulehnen und zu beseitigen. Aus dem Schwangerschaftskonflikt, dem durch PID zuvorgekommen wird, wird unter der Hand die Aussonderung zwischen in vitro gezeugten „lebenswerten“ und „lebensunwerten“ Embryonen vorgenommen. Im Unterschied zu einem Schwangerschaftsabbruch liegt - eine „neue ethische Dimension“ (J. Reiter) - bei Anwendung der PID „die Verantwortung für die Verwerfung des Embryos *in der Hand des Arztes*“, jedenfalls vorwiegend. Forschung mit menschlichen Embryonen wirft außerdem die Frage auf, welches Schicksal die sog. überzähligen, auf Vorratshaltung erzeugten Embryonen erwartet.<sup>7</sup> Gerade bei der PID kommt somit die Selektionsproblematik direkt zum Tragen.

<sup>7</sup> Siehe Haker (Anm. 5) 125f, hier auch zu den traumatischen Erfahrungen von Frauen nach Schwangerschaftsabbruch; EKD/DBK, Gemeinsame Texte 11 (Anm. 6) 15ff, hier 17.

<sup>8</sup> Haker (Anm. 5) 126.

<sup>9</sup> Ebd. 126f, hier 126; Originalfassung der MRK „Convention on Human Rights and Biomedicine“, Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine“, 1997, Art. 2, S. 3. - Eine eingehende, differenzierte Reflexion zur PID aus theologisch-ethischer Sicht siehe bei Josef Römelt, Präimplantationsdiagnostik. Anmerkungen zum Diskussionsentwurf der Deutschen Bundesärztekammer. In: StZ 125 (2000) 827-834. Vgl. Johannes Reiter, Bioethik: Selektion noch vor der Schwangerschaft? In: HerKorr 54 (2000) 174ff, hier 175. Die Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion „Donum vitae“ Nr. 1/5 betont (bereits 1987): Infolge der Tatsache, „daß sie *in vitro* hergestellt wurden“, bleiben diese nicht in den Mutterleib übertragenen, als „überzählig“ bezeichneten menschlichen Embryonen „einem absurden Schicksal ausgesetzt, ohne Möglichkeit, ihnen sichere und moralisch einwandfreie Überlebenschancen bieten zu können“. In: VApS 74, 18.

Zur Selektion menschlichen Lebens sagt die christliche Ethik ein klares Nein. Der Grund liegt im Status des Embryos von Anfang an. Wir rühren damit an die anthropologische Kernfrage *Beginn des menschlichen Lebens*. Ab der Gametenverschmelzung handelt es sich um ein menschliches Wesen. Dies ist Forschungsstand, nicht Ansichtssache noch katholische Sondermeinung oder Glaubensstandpunkt. Der Embryo ist Mensch, sicherlich in einem Frühstadium seiner Entfaltung, und damit Träger der Menschenwürde. Der Embryo besitzt die durch sein Genom angelegte Potenz, einmal ein erwachsener Mensch zu werden. Alle typischen Merkmale körperlicher wie geistiger Art sind in einem Gensatz gleichsam programmiert (H. Hepp). Die Stufen nach dem Zeitpunkt der Gametenverschmelzung sind kontinuierliche Ausfaltungen und Entwicklungsprozesse des Menschseins, nicht vormenschliche Phasen. Der Embryo entfaltet sich *als Mensch, nicht zum Menschen*. Daher kann man ihn nicht nur als „ein bißchen“ Mensch behandeln, und es gibt folglich nicht „ein bißchen Recht auf Leben“. Da der Embryo als früheste Entwicklungsform des Menschen Anteil an der Menschenwürde und ein Recht auf Leben hat, darf er nicht selektiert und vernichtet (auch nicht für Forschungszwecke „verbraucht“) werden. Christliche Anthropologie und Ethik nehmen, gedeckt vom Forschungsstand der Embryologie, den ungeborenen Menschen von der Befruchtung an ernst als Menschen.<sup>8</sup> Der Schutz des menschlichen Lebens ist demgemäß nicht zeitlich zu befristen.

Resümierend kann man sagen: PD ermöglicht zunehmend die frühzeitige Diagnose von Schädigungen bzw. besonderen Krankheitsrisiken. Dies und alle Therapiemaßnahmen, die die Gesundheit des Kindes wie der Schwangeren unterstützen, sind geboten und positiv zu bewerten. Die ethische Brisanz zeigt sich vorrangig in den Motiven, auch in den Methoden. Man kann nicht ausschließen, daß PD und im besonderen PID Sogwirkungen und Erwartungshaltungen in Richtung eines eugenischen bzw. selektiven Interesses entwickeln. Von hoher Wichtigkeit erscheint wiederum das soziale Umfeld: Gesellschaftliche Bedrohungsszenarien und Rettungsstrategien setzen Eltern unter einen ungeheuren Legitimationsdruck. Deshalb ist ein grundlegender Wandel in der vorherrschenden Einstellung zu Behinderung und Krankheit

<sup>10</sup> Vgl. Hermann Hepp, Präimplantationsdiagnostik - medizinische, ethische und rechtliche Aspekte. In: Dt Ärztbl 2000; 97: A-1213-1221, bes. 1218: „Über die Frage des Beginns menschlichen Lebens in naturwissenschaftlicher Sicht besteht Konsens. Die Frage nach dem Beginn *personalen* Lebens ist mit den Denkkategorien der Naturwissenschaft nicht zu denken.“ Vgl. die breite, kontroverse Aussprache zum Thema PID im Deutschen Ärzteblatt 2000, z.B. den Beitrag von Mirjam Zimmermann/Ruben Zimmermann, Gibt es das Recht auf ein gesundes Kind? Eine ethische Anfrage zum „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ der Bundesärztekammer. In: Dt Ärztbl 2000; 97: A-3487ff; den „Diskussionsentwurf“ selbst siehe in: Dt Ärztbl 2000; 97, H. 9. Vgl. auch Reinhard Rabe, Im Treibsand des Fortschritts. In: DT 53 (2000) Nr. 66, S. 9.

erforderlich. Besonders dringlich erscheint die Auseinandersetzung mit der öffentlichkeitswirksamen Stimulierung von Ängsten vor den Gefahren bzw. vor den genetischen wie ökonomischen Auswirkungen „behinderter“ bzw. „erbgeschädigter“ Kinder.

### 1.3 Klonen: Reproduktives und „therapeutisches“ Klonen

Seit „Dolly“ wird heiß auch um das Klonen des Menschen diskutiert: Kann das Wunschkind durch Klonen produziert werden? Dies wäre begrifflich „reproduktives“ Klonen, der Traum vom Homunculus schiene erfüllt. Ethische Bedenken gegen das Klonen ergeben sich aus dem Argument: Wie verträgt sich das Klonieren (als aktive Manipulation) mit der Würde dessen, der auf diese Weise nach Wunsch der Eltern geschaffen wird? D. Mieth bringt als Beispiel Eltern, die durch Verkehrsunfall ein Kind verloren haben und das gleiche Kind nun wiederhaben möchten.<sup>9</sup>

Liegt das Menschenunwürdige darin, daß das durch Klonen erzeugte Kind eine hohe Übereinstimmung mit dem zuvor verunglückten Kind hat? Nicht dagegen (vgl. eineiige Zwillinge) richtet sich der ethische Einwand, sondern dagegen, daß durch Klonen das künftige Kind für den Wunsch der Eltern instrumentalisiert wird. Mit dieser Manipulation macht der Mensch den anderen Menschen zu *seinem* Geschöpf, dieser entsteht dann nicht mehr aus dem Geheimnis der Liebe (der Eheleute) heraus, sondern er entsteht technisch als Produkt mit gewünschten Eigenschaften. Die Würde des Menschen jedoch besagt nach Kant, daß sich der Mensch der Evaluierbarkeit (Bewertbarkeit) durch andere entzieht, auch durch sich selbst. Beim Menschen geht es nicht um Wertbilanzen, ihm kommt Würde zu. Diese meint der Kategorische Imperativ Kants (2. Formulierung): „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ (die sog. Selbstzweckformel)<sup>10</sup>

Die Ablehnung des (reproduzierenden) Klonens von Menschen beruht auf dem Argument der Nichtinstrumentalisierung (so das Verbot der MRK im Zusatzprotokoll von 1998, auch deutsches Embryonenschutzgesetz von 1991).<sup>11</sup> Nicht die Tatsache der genetischen Identität widerspricht schon der

<sup>11</sup> Dietmar Mieth, Probleme der Ethik in der Biomedizin am Beispiel der Klonierungsdebatte. In: Martin Kleer/Caspar Söling (Hg.), Herausforderung: Klonen. Paderborn 1998, 43-56, hierzu 49f.

<sup>12</sup> Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Akademie-Ausg. IV, 386-463, hier 429. Vgl. Mieth (Anm. 11) 50. Zu den Einwänden gegen Kants Maxime siehe Robert Spaemann, Moralische Grundbegriffe (Beck'sche Schwarze Reihe 256). München 1982, 71f. 90. 93f.

<sup>13</sup> Siehe MRK Zusatzprotokoll zum Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin über das Verbot des Klonens von menschl-

Menschenwürde, es ist vielmehr die „Funktionalisierung des geklonten Menschen“: Er kommt nicht um seiner selbst willen, sondern auf Grund einer besonderen Erwartung oder Anforderung (seitens anderer) mit einem bestimmten Erbgut in diese Welt. Außerdem muß man mit bislang unabsehbaren Folgewirkungen rechnen.

Theologisch läßt sich von der Schöpfungsordnung her fragen, ob die Weitergabe menschlichen Lebens überhaupt aus der Intimsphäre des menschlichen Sexualvollzugs (Liebe der Partner) entkoppelt werden soll und darf. Hier liegt der tiefere Grund des moralischen Neins der Ethik und der offiziellen Moralverkündigung der katholischen Kirche. Sie hat bereits früh (1987) vor dieser Zertrennung gewarnt.<sup>12</sup>

Neuerdings wird für eine Variante des Klonens geworben, nämlich für das „therapeutische“ Klonen. Das britische Parlament hat diese Form Ende des Jahres 2000 gesetzlich erlaubt. Es geht um Klonen mit der positiven Zielsetzung *zum Zweck der Heilung anderer*, also der fremdnützigen Therapie. Konkret handelt es sich um „Experimente“ mit bis zu zwei Wochen alten, mit einem fremden Zellkern ausgestatteten Embryonen, denen man nach einer kurzen Wachstumsphase voll entwicklungsfähige Stammzellen entnehmen will, um sie im Labor zu körpereigenem und damit perfektem Ersatzgewebe für schwerstkranke Menschen heranzuzüchten. Dies geschieht „zum Wohle der Lebenden, der Patienten“.<sup>13</sup> Das hört sich zunächst sehr positiv an. Ist es, genau betrachtet, wirklich sittlich *gutzuheißen*?

Klonieren unter dieser Zielsetzung kommt Forschungsinteressen im Dienste der medizinischen Therapie zweifellos entgegen. Es fragt sich, um welchen Preis das sog. therapeutische (nicht-reproduktive) Klonen erkaufte wird, auf wessen Kosten es geht<sup>14</sup> und was wirklich passiert. Wie Prof. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, formuliert, werden beim therapeutischen Klonen Embryonen, d.i. menschliche Lebewesen, „regelrecht verbraucht“ für

---

chen Lebewesen (1998). Siehe Originalfassung der MRK (Anm. 9) S. 41ff, hier 41. - Die Begründung, bei der Klonierung müsse ein Mensch erhalten, für andere ein bestimmtes Bild zu erfüllen und ausschließlich als Mittel zum Zweck zu gelten, überzeugt nicht alle Autoren. Der Trierer Moraltheologe H. Weber bringt zwei andere Argumente: 1) Klonen macht den Menschen von vornherein ärmer, weil ihm nur das Erbgut eines einzigen Menschen vermittelt (die sonst übliche Mischung der Gene ist vorenthalten), also ein dürrtigerer Start zudiktirt wird - ein Verstoß gegen die Gleichheit der Menschen (Mischung des Erbguts durch Zufall). 2) Man muß mit möglicherweise horrenden Folgen rechnen. Siehe Helmut Weber, *Spezielle Moraltheologie. Grundfragen des christlichen Lebens*. Graz/Wien/Köln 1999, 148f, bes. 149.

<sup>14</sup> Anja Haniel, Art. Klonieren. 2. Ethisch. In: *Lexikon der Bioethik*. II, 403-405, hier 405. Vgl. Instruktion „*Donum vitae*“ II. In: *VApS* 74,20-30.

<sup>15</sup> Joachim Müller-Jung, Riß in der Stammzellwand. Großbritannien erlaubt das therapeutische Klonen. In: *FAZ* 2000, Nr. 297, S. 49 (vgl. die Beiträge ebd. S. 1f. 17. 51).

<sup>16</sup> Vgl. Mieth (Anm. 11) 51ff; Enrique H. Prat, Wieviel Ethik darf's denn sein? In: *DT* 53 (2000) Nr. 139, S. 9.

Zwecke der Forschung, was das deutsche Embryonenschutzgesetz (1991) verbietet. Durch diese Art therapeutischen Klonens würden „Formen frühesten menschlichen Lebens auf eine bloße Funktion reduziert. Klonierte Embryonen wären dann lediglich sogenannter Bio-Rohstoff für medizinische Forschung“, d.h. pures Mittel zum Zweck.

Das erscheint für den Ethiker anthropologisch und moralisch untragbar (vgl. Kants Kategorischen Imperativ). Man muß mit Prof. Hoppe eine grundsätzliche öffentliche *ethische* Debatte fordern nicht allein über das therapeutische Klonen, sondern konsequenterweise über den Schwangerschaftsabbruch und über die Tötung des ungeborenen Menschen ganz allgemein. „Der Schutz des menschlichen Lebens ist unteilbar“, es geht um das Verständnis von Menschenwürde und schützenswertem Leben von Anfang an und durchgängig.<sup>15</sup>

Aus moraltheologischer Sicht kann man sich den Einwendungen Prof. Hoppes nur anschließen. So wichtig und ethisch vertretbar die Suche der Wissenschaft nach neuen Therapien für bislang unheilbare Krankheiten ist (Parkinson, Alzheimer, Diabetes), der Weg über den Verbrauch, d.i. die Tötung von Embryonen, verstößt gegen deren Recht auf Leben: Es handelt sich um menschliche Lebewesen und ihren Status.<sup>16</sup> Therapeutisches Klonen, ein sehr humanitär klingendes Wort, setzt den Verbrauch früher Embryonen, die eigens zu diesem Zweck erzeugt wurden, voraus. Das heißt, es kalkuliert die Tötung von Menschen ein, um *anderen* Menschen Heilung zu bringen. Man muß die Bezeichnung *therapeutisch* daher (mit D. Mieth) als „sprachliche Augenwischerei“ und die Unterscheidung zwischen therapeutischem und reproduktivem Klonen als „Etikettenschwindel“ (mit P. Liese) bezeichnen. Es ist nicht menschenwürdig und kann ethisch nicht gut sein, einen Menschen, hier

<sup>17</sup> Jörg-Dietrich Hoppe zum Brennpunkt-Thema: Therapeutisches Klonen erhitzt die Gemüter. Embryo als „Organ-Spender“ - Segen oder Mord? In: ÄP vom 1.9.2000, Nr. 70, S. 10. Vgl. Instruktion „Donum vitae“ Nr. I/4ff. In: VApS 74, 16-19. - Unter Hinweis auf J.D. Watson („Ethik des Genoms“) wurde zu Recht bemerkt, daß sich die Politiker täuschen, wenn sie ernsthaft glauben, sie könnten die von Biotechnologie und Gentechnik ausgehenden Gefährdungen in den Griff bekommen und eingrenzen, ohne an die Abtreibungspraxis zu rühren. „Wird die Nichtbeachtung des Tötungsverbots unschuldigen Lebens auch nur auf einem Feld toleriert, gibt es letztlich keine Begründung dafür, es auf einem anderen Feld durchsetzen zu wollen.“ Stefan Rehder, Kriegserklärung an Gott. Biologischer Glaube und christliches Bekenntnis im Kampf um den Menschen. In: DT 53 (Dez. 2000), Forum S. 1.

<sup>18</sup> Siehe auch die Vatikan-Erklärung der „Päpstlichen Akademie für das Leben“, in der es heißt, jeder menschliche Embryo sei von der Verschmelzung der Keimzellen an ein „menschliches Subjekt mit einer genau umschriebenen Identität“; von daher habe er auch das Recht auf Leben. Auch eine „gute Absicht“, etwa zu fremdnützigen therapeutischen Zwecken, könne einen solchen Eingriff nicht rechtfertigen. Als „vernünftiger und humaner Weg“ sei die medizinische Forschung zur Züchtung von Gewebe aus nicht-embryonalen Stammzellen, etwa aus der Nabelschnur, zu bejahen. In: DT 53 (2000) Nr. 102, S. 4. - Wissenschaftlich ist nicht erwiesen, daß der Weg über die embryonalen Stammzellen der einzig mögliche ist.

das wehrlose schwächste Glied der Kette, zu opfern, um anderen Menschen zu helfen.<sup>17</sup>

## 2. Ethische Bewertung der Sterbehilfe

Auch Sterbehilfe hat sich an der Frage zu messen: Was ist menschenwürdig? Die ethische Debatte kreist hier um den Lebensschutz auf der letzten Strecke des Lebens. Die Problempunkte werden schnell sichtbar am Terminus „Sterbehilfe“, der ersatzweise für das (seit der NS-Zeit stark belastete) Wort Euthanasie gebraucht wird. Was besagt der Begriff?

*Aktive/direkte Sterbehilfe*, die einen Menschen auf sein Verlangen hin (oder im Extrem ohne seine Zustimmung) absichtlich und gezielt tötet durch ein ‘Medikament’, die sog. sanfte Spritze oder durch Vorenthaltung der Grundversorgung?<sup>18</sup>

Oder im Unterschied dazu *passive Sterbehilfe* durch den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung an einem nach ärztlicher Prognose unheilbar Kranken und Sterbenskranken, mit Einverständnis des Patienten („Patientenverfügung“)? Die Enzyklika Johannes Pauls II. „*Evangelium vitae*“ (1995) spricht in diesem Konnex von Verzicht auf „therapeutischen Übereifer“, d.h. auf „ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation des Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind“.<sup>19</sup>

Oder meint man *indirekte Sterbehilfe*, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gereicht werden („Palliativmedizin“), die als unbeabsichtigte Nebenwirkung den Todeseintritt beschleunigen können?<sup>20</sup> Der Begriff kann schließlich *Hilfe im Sterben*, d.i. Lebenshilfe, Zuwendung, Begleitung, auch Schmerzlinderung auf der letzten Wegstrecke des irdischen Daseins, bedeuten (das Anliegen der Hospizbewegung).

In diesen Unterscheidungen stecken unstreitig Bündel von Problemen. Abgesehen von der Patientenautonomie und, nicht zu vergessen, von der fachlichen Autonomie des Arztes geht der Streit um die Grenzziehung zwischen

<sup>19</sup> Siehe dazu Stefan Rehder, „Therapeutisches Klonen“ ist Etikettenschwindel. In: DT 53 (2000) Nr. 99, S. 3. Die Diskussion dürfte nach der politischen Entscheidung des britischen Parlaments für das Klonen zu Therapie Zwecken an Schärfe zunehmen, wie das Medienecho zeigt.

<sup>20</sup> Die päpstliche Enzyklika „*Evangelium vitae*“ (Abk.: EV) versteht diese Art Sterbehilfe als „Euthanasie im eigentlichen Sinn“. Siehe in: VApS 120,79f.

<sup>21</sup> Ebd. 80.

<sup>22</sup> Diese Hilfe wird von EV ebenfalls bejaht. Ebd. 80f.

bewußtem, absichtlichem Töten (direkte, aktive Sterbehilfe) und Sterben-Lassen (passive Sterbehilfe). Bei allen Grauzonen, die hier bestehen, ist die Verwischung dieses Unterschiedes doch „Einfallstor für eine neue Ausbreitung neuer sogenannter Euthanasie“, worauf H.-B. Wuermeling mit Blick auf die Situation in Holland hingewiesen hat.<sup>21</sup>

À propos Arzt-Patienten-Verhältnis: Die Patientenautonomie ist anzuerkennen. Was Lebensqualität in der Sterbephase bedeutet, ergibt sich einerseits aus dem persönlichen Willen, den Überzeugungen der Patienten selbst. Das heißt, das Wohl des Kranken entscheidet sich wesentlich auch auf der Grundlage seines eigenen Willens („salus ex voluntate aegroti“). Andererseits gilt die fachliche Autonomie des Arztes nach dem medizinethischen Prinzip „salus aegroti suprema lex“. Ein auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verengtes Modell (z.B. N. Hoerster) ist einseitig, es ignoriert die vielseitigen Beziehungen, in denen Patient und Arzt stehen. Bei dem Wunsch nach *Tötung auf Verlangen* kollidiert, wie H. Schlögel darlegt, „das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ... mit dem Heil Auftrag des Arztes. Es stellt sich die Frage, ob unter diesen Umständen das Arzt-Patienten-Verhältnis, das notwendigerweise auf Vertrauen aufbaut und eindeutig durch das Heilen und Lindern bestimmt ist, nicht leichtsinnig aufs Spiel gesetzt wird, wenn es das effiziente und schmerzfreie Töten zuläßt. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten findet am Selbstbestimmungsrecht des Arztes seine Grenze. Gerade hier wird die Relation der Arzt-Patienten-Beziehung besonders deutlich, die einerseits dem Arzt verbietet, gegen den Willen des Patienten Heilversuche durchzuführen, die aber andererseits auch den Arzt nicht verpflichten kann, Maßnahmen gegen seinen Heil Auftrag durchzuführen.“<sup>22</sup> Patientenverfügungen sind als Ausdruck des Willens betroffener Menschen ernst zu nehmen. Sie stellen für den Arzt im Rahmen seiner Fachkompetenz eine zu beachtende Entscheidungshilfe dar. Eine andere Frage ist, ob sie für ihn in jedem Fall rechtsverbindlich sind (was verneint wird).

H.-B. Wuermelings Hinweis auf Holland wird durch neuere Nachrichten leider bestätigt, etwa durch den kritischen Bericht des Rotterdamer Arztes K.F. Gunning in der Fachzeitschrift „Der Internist“ (Juni 2000) über gängig gewordene holländische Praxis der Euthanasie.<sup>23</sup> Ein Bündel von Triebkräften und

<sup>23</sup> Hans-Bernhard Wuermeling, Zur Euthanasie in neuer Dringlichkeit. In: IKaZ 25 (1996) 34-40, hier 38.

<sup>24</sup> Schlögel (Anm. 2) 708. Zur Arzt-Patienten-Beziehung siehe auch „Respekt vor Krankheit und Tod“. Ein Gespräch [von Alexander Foitzik] mit dem Münchner Klinikchef Wolfgang Hiddemann. In: HerKorr 54 (2000) 344-348, bes. 346f.

<sup>25</sup> Siehe in: Der Internist, Juni 2000. Vgl. K.F. Gunning, Was geschieht, wenn die Kirche kraftlos wird. In den Niederlanden ist die Euthanasie außer Kontrolle geraten - Der kritische Bericht eines holländischen Arztes. In: DT 53 (2000) Nr. 84, S. 5. - Inzwischen zeichnet sich auch in Belgien die Straffreistellung aktiver Sterbe-

Hintergrundströmungen erzeugt eine Art Sog zu direkter Sterbehilfe: Die Neigung zur Bewältigung des Leids durch Beseitigung der Leidenden; Fluchtmentalität vor dem Leiden als einer „unerträglichen Niederlage“ für den freien Menschen; die Machbarkeitsideologie und ein Hand in Hand mit der Transzendenzverschlossenheit aus dem Maß laufendes Autonomiestreben des Menschen, namentlich des Bürgers der hochentwickelten Länder; Fortschritte der Intensivmedizin (die sog. Fortschrittsfalle). In solchem mentalen Umfeld wächst die Verlockung zur Euthanasie.<sup>24</sup> Dazu kommen veränderte gesellschaftliche Bedingungen: höhere Lebenserwartung der Menschen und in der Folge Überalterung, hieraus wiederum größere Belastungen für die Jüngeren und für das gesamte Gesundheitssystem; Bewertungswandel unter dem Aspekt Lebensqualität; virulente weltanschauliche Einflüsse wie die von P. Singer oder N. Hoerster. Man solle, so der Tenor, das Tabu der Heiligkeit des Lebens als unverbindliches jüdisch-christliches Erbe aufgeben, im Übrigen auch die ethische Unterscheidung zwischen Töten und Sterben-Lassen.<sup>25</sup>

Die entstandene Lage ist eine Herausforderung an das ärztliche Ethos. Die Hilfe des Arztes gegenüber dem Unheilbaren und Sterbenden kann weder im „therapeutischen Übereifer“ bestehen, das Leben um jeden Preis zu verlängern, d.h. den Tod hinauszuzögern, noch darin, Sterben zu fördern oder gar den Tod herbeizuführen (*direkte* Sterbehilfe). Das Leben ist ein fundamentales irdisches Gut und im Zweifelsfall vorrangig zu schützen („in dubio pro vita“). Gleichwohl ist es kein absolutes Gut, das unter allen Umständen technisch gestützt oder künstlich aufrechterhalten werden müßte. Um eines erträglichen Sterbeprozesses willen ist es sinnvoll, bei aussichtsloser Prognose einen Menschen sterben, d.h. dem natürlichen Sterbeschicksal seinen Lauf zu lassen (*passive* Sterbehilfe). Es kann nicht um eine rein quantitative Lebensverlängerung gehen, die in eine bloße Leidensverlängerung und Sterbensverzögerung umzuschlagen droht. Hier ist aus ethischen Gründen auch der (ansonsten hilfreichen) Apparatedizin eine Grenze gesetzt.

Vielmehr wird es (nach Wuermeling) Aufgabe des Arztes sein, dem Kranken „bis zu dem für niemand verfügbaren Tod ein Leben in Würde möglich zu

---

hilfe auf Verlangen ab. In Frankreich wird kontrovers diskutiert über Euthanasie. Siehe Michael Fuchs, Wer den Schlußpunkt setzt. Frankreich debattiert über die Sterbehilfe. In: FAZ 2001, Nr. 10, S. 46.

<sup>26</sup> EV Art. 64. In: VApS 120,78f, hier 79.

<sup>27</sup> Siehe die Publikationen von: Peter Singer, Praktische Ethik. Neuausg. (Reclam Universal-Bibliothek Nr. 8033). Stuttgart 1994; Norbert Hoerster, Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt a.M. 1998; auch Richard M. Hare, Das mißgebildete Kind. Moralische Dilemmata für Ärzte und Eltern. In: Anton Leist (Hg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt a.M. <sup>3</sup>1992, 374-383. Vgl. Hans-Jürgen Münk, Die aktiv/passiv-Unterscheidung in der arztethischen Sterbehilfediskussion. In: ThG 36 (1993) 106-118; Wuermeling (Anm. 23) 37f.

machen“.<sup>26</sup> Beiträge dazu können Palliativmedizin und verbesserte Sterbegleitung (vgl. Hospizbewegung) leisten: *Hilfe im Sterben*.<sup>27</sup> Der Schwerst- kranke und Sterbende hat ein Anrecht auf menschenwürdige Bedingungen des Lebensendes, d.h. auf medizinische Basisversorgung, bestmögliche Schmerzlinderung und mitmenschliche Begleitung (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige, Seelsorger). Die Fortschritte der Medizin in der Schmerztherapie sind erheblich.<sup>28</sup> Schmerztherapie ist ethisch zu bejahen, auch wenn sie, was nicht beabsichtigt ist, als Nebenfolge den Todeseintritt faktisch beschleunigt (*indirekte Sterbehilfe*).

Die Sterbehilfe als Hilfe im Sterben ist ethisch gut begründet, ebenso wie das Sterben-Lassen und die Schmerzlinderung. Man sollte den „Kampf gegen die Euthanasie [d.i. die direkte, aktive Sterbehilfe] mit positiven Initiativen führen“. „Was den Schrei nach Euthanasie für viele so einsichtig werden läßt, ist der Schreck vor dem Apparat-Tod, daß man als eine schon konservierte Quasi-Leiche unter Apparaten dahinstirbt und daß man umgekehrt als Sterbender mit den Problemen, die einen bewegen, allein gelassen wird.“<sup>29</sup> Die bestmögliche schmerzlindernde Behandlung könnte eine wirksame positive Initiative und Antwort auf den Ruf nach aktiver Sterbehilfe darstellen. „Grundsätzlich gilt“, wie ein Arzt aus seinen Erfahrungen in Großbritannien berichtet, „daß, wenn dem Patienten gute palliative Medizin geboten wird, Sterbehilfe kein Thema mehr ist. Dann sind nämlich sowohl die Sorgen als auch die Beschwerden des Patienten und der Angehörigen erkannt, wiederholt angesprochen und angemessen behandelt worden.“<sup>30</sup> Gefordert erscheint unter den Gegebenheiten der Hochtechnik-Medizin eine neue *Ars moriendi*.

### 3. Der „Verlust des Theologischen“ - Moral und Ethik ohne Religion?

Eine letzte Frage bleibt unter moraltheologischem Aspekt noch anzusprechen: der „Verlust des Theologischen“ in der Ethik und Moral. Der geistig-gesellschaftliche Trend läuft auf eine *religionsbereinigte* Ethik zu, N. Hoerster

<sup>26</sup> Wuermeling (Anm. 23) 37ff, hier 37. 39.

<sup>29</sup> Hilfe im Sterben oder Sterbegleitung dieser Art unterscheidet sich wesentlich von Sterbehilfe als Tötungshilfe oder von „Freitodbegleitung“ im Verständnis der Schweizer Organisation EXIT. Siehe Internet (<http://www.exit.ch>).

<sup>30</sup> Kritiker beklagen, daß die palliative Medizin im Unterschied zur kurativen Medizin in Deutschland „noch immer unterentwickelt“ ist. Siehe den Bericht von Rosemarie Stein, Todkrank und von der Medizin im Stich gelassen. Palliativmedizin in Deutschland noch immer unterentwickelt. In: FAZ 2000, Nr. 278, S. N 3. Zu den verschiedenen Dimensionen dieser Therapieform siehe Rien Janssens/Thomas Quartier, Ethische und konzeptionelle Aspekte der Palliativmedizin. In: ZME 46 (2000) 273-286.

<sup>31</sup> So Joseph Kardinal Ratzinger, Kampf gegen Euthanasie mit positiven Initiativen führen. In: Regensburger Bistumsblatt 58 (1989) Nr. 32, S. 2-5, hier 2.

<sup>32</sup> So Dietrich Reimold, Ärzte müssen das Zuhören lernen [Leserbrief]. In: FAZ 2000, Nr. 298, S. 49.

fordert sie geradezu: Religion habe in der säkularen Gesellschaft keinen Platz. Religiöses wird ins Irrrationale abgeschoben, der Glaube an Gott in die Ecke gestellt oder sogar, wie von J.D. Watson, als Gefährdung der Menschheitszukunft gebrandmarkt.<sup>31</sup> Der Glaube scheidet nach Hoerster für die aktuelle Auseinandersetzung aus, weil die Existenz einer religiös und metaphysisch begründeten Normenordnung „den Denkvoraussetzungen eines modernen wissenschaftlichen Weltbildes“ widerspricht. Diese Thesen wären auf ihre Basis und die Stichhaltigkeit der Argumente zu hinterfragen: Wieso haben Religion und religiös begründete Wertmaßstäbe in der säkularen Welt a limine keinen Platz? Das hätte Hoerster zu beweisen. Denn wer definiert verbindlich diese „Denkvoraussetzungen“? Es fragt sich andersherum, ob man die intensive Diskussion der Letztbegründung von Ethik so einfach wie Hoerster beiseite schieben und aus dem geforderten ethischen Diskurs ausgrenzen kann.<sup>32</sup>

Welche letzte Begründung für die Lebensethik und den Lebensschutz hat ein Ungläubiger? „Woran glaubt, wer nicht glaubt?“ (1996) - so die Frage Kardinal Martinis an U. Eco in einem lesenswerten Dialog. Wo wären Moral und Ethik festzumachen, so daß diese Verankerung auch in den extremen Grenzsituationen standhält und trägt, z.B. in den möglichen schweren Konfliktlagen rund um Lebensanfang und Lebensende, bei unheilbarer Krankheit, Schädigung der Gesundheit und Behinderung? Es geht also um das, was *a/s Basis* eine Ethik und Moral, etwa die Lebensethik, wirklich zu tragen vermag.<sup>33</sup>

Bei genauem Hinsehen zeigt sich, daß die vorgebrachten Begründungen *Selbstbestimmung des Menschen, Autonomie* (nicht selten sehr formal verstanden), *Nutzen-Kosten-Kalküle, Überlebensinteresse des Menschen* für eine krisenfeste Moral und Ethik etwa in Sachen Lebensschutz letztlich nicht hinreichen. Jüdisch-christliche Anthropologie und Ethik argumentieren nicht ausschließlich, aber im Grunde theologisch. Danach begründen sich Menschsein, Menschenwürde und Menschenrechte, z.B. das Lebensrecht, originär aus der Gottebenbildlichkeit (Gen 1) und Geschöpflichkeit des Menschen (d.i. seine Größe und Grenze), seinen Beziehungen zum Mitmenschen, zur Welt und zu Gott. Diese theologische Sicht besagt, daß jeder

<sup>33</sup> Siehe James D. Watson, Die Ethik des Genoms. Warum wir Gott nicht mehr die Zukunft des Menschen überlassen dürfen. In: FAZ 26.9.2000, Nr. 224 (Feuilleton). Vgl. auch Peter Sloterdijk, Regeln für den Menschenpark. Ein Antwortschreiben zum Brief über den Humanismus - die Elmauer Rede. In: Die Zeit 54 (1999) Nr. 38, S. 15. 18-21, bes. 20f.

<sup>34</sup> Norbert Hoerster, Neugeborene und das Recht auf Leben. Frankfurt a.M. 1995, 11f; Herbert Schlögel, Der Verlust des Theologischen - Beispiel: Euthanasie. In: Ethica 6 (1998) 259-277, hierzu 261f.

<sup>35</sup> Carlo Maria Martini/Umberto Eco, Woran glaubt, wer nicht glaubt? Wien 1997, 74-81, bes. 78f.

Mensch immer ein von Gott geliebtes, selbst zur Liebe befähigtes und verpflichtetes Geschöpf ist, je einmaliges Individuum und zugleich soziales Wesen, dessen Wert vor Gott, dem Schöpfer, Erhalter und Erlöser des Lebens, nie unter Null sinkt. Auch das armeligste Menschenleben hat vor Gott Würde. Vor ihm gibt es, mit D. Bonhoeffer gesprochen, „kein lebensunwertes Leben, denn das Leben selbst ist von Gott wertgehalten.“<sup>34</sup> Es ist aus der Liebe Gottes geworden und von ihr getragen. Die theologischen Überlegungen zum Menschsein, vor allem in der Gottebenbildlichkeit begründet, unterstützen und vertiefen im Übrigen die philosophische Sicht, daß der Mensch „Zweck an sich“ (I. Kant) und in allen Lebensphasen und -situationen zu schützen ist.<sup>35</sup>

## Ausblick

Die Zukunftsperspektive der Biotechnologie bietet helle und dunkle Aussichten. Mit den vielversprechenden und begrüßenswerten neuen positiven Möglichkeiten für die Medizin<sup>36</sup> wachsen auch die Risiken. „Das Zeitalter der Biotechnologie“, schreibt J. Rifkin, „kommt in Gestalt eines gigantischen Faustschen Pakts über uns. Vor unseren Augen erstehen die Verlockungen großer Fortschritte und eine leuchtende Zukunft voller Hoffnung. Doch mit jedem Schritt, den wir in diese ‘Schöne neue Welt’ tun, verfolgt uns die bohrende Frage, ‘zu welchem Preis?’“ Es darf weder um Horrorszenarien, die überzogene Ängste wecken und schüren, noch um Jubelarien auf das anbrechende Zeitalter der Biotechnologie und Biomedizin gehen, sondern um eine „fundierte, nüchterne Debatte“ und ethische Besinnung angesichts der vielen Fragen um Chancen und Risiken, die die biotechnische Revolution aufwirft.<sup>37</sup>

Wir haben uns einzustellen auf eine existenzielle Herausforderung nicht nur individuelle ethischen Zuschnitts, sondern von global-ethischer Reichweite. Die Debatte und die Entscheidung des britischen Parlaments über die gesetzliche Zulassung des therapeutischen Klonens (im Dez. 2000) vermitteln exempla-

<sup>36</sup> Dietrich Bonhoeffer, Ethik. Zsgst. u. hg. von E. Bethge (KT 34). München <sup>12</sup>1988, 170-176, hier 174.

<sup>37</sup> Schlögel (Anm. 34) 265.

<sup>38</sup> Vgl. Nicola Siegmund-Schultze, Strom statt Viren. Gentherapeuten melden Erfolge: bei Blutkrankheiten, bei neuen Wegen zum DNS-Transfer - und beim Lernen aus früheren Fehlern. In: SZ 56 (2000) Nr. 292, S. 2/12; Dagmar Schipanski, Wandel ist eine Chance, keine Bedrohung. In: DT 54 (2001) Nr. 4, S. 12.

<sup>39</sup> Jeremy Rifkin, Das biotechnische Zeitalter. Die Geschäfte mit der Genetik. Übers. von Susanne Kuhlmann-Krieg. München 1998, 18ff, hier 18. Vgl. in diesem Diskussionszusammenhang Heribert Klein, Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Gene. Ernst-Ludwig Winnacker hat viele Berufe: Er ist Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Wissenschaftsmanager und vor allem Biochemiker. In: FAZ 2001, Nr. 29, S. 15; auch den ironischen „Lebenswissen-Song“ der A-cappella-Formation „Wise Guys“: „Höher, schneller, weiter auf der Fortschrittsleiter... Alle Wege führen nach Rom - wohin führt uns das Genom? Höher, schneller, weiter...“. In: FAZ 2001, Nr. 23, S. 41 (zum Auftakt des „Jahres der Lebenswissenschaften“).

risch einen Vorgeschmack auf die Auseinandersetzungen, die uns bevorstehen angesichts ähnlicher Tendenzen zur Legalisierung der „verbrauchenden“ Forschung an Embryonen auch in Deutschland (entgegen dem Embryonenschutzgesetz).<sup>38</sup> Diskussionen, Vorgänge und gesetzliche Regelungen in europäischen Nachbarländern (Holland, Belgien, Frankreich in puncto aktive Sterbehilfe; Rußland mit legalem Vakuum hinsichtlich biologischer Experimente) werden Einfluß auf die Bewußtseinslage in der Bundesrepublik haben.<sup>39</sup> Die ethische Reflexion der Mediziner, Juristen, Politiker, Philosophen und Theologen ist herausgefordert, mit den rasanten Entwicklungen der Biotechnologie auf Tuchfühlung zu bleiben und Schritt zu halten.<sup>40</sup>

### ***Einschlägige Bücher und Aufsätze (Auswahl):***

- Stephen Schwarz, Die verratene Menschenwürde. Abtreibung als philosophisches Problem. Köln 1992.
- Eberhard Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß. Mainz 1993.
- Günter Rager (Hg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen. Freiburg/München 1997.
- Hans Gleixner, Moral im Überangebot? Neue Lehräußerungen der katholischen Kirche zu Themen der Moral. Paderborn [u.a.] 1997.
- Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik. Bd. 1-3. Gütersloh 1998.
- Martin Kleer/Caspar Söling (Hg.), Herausforderung: Klonen. Paderborn 1998.
- Jeremy Rifkin, Das biotechnische Zeitalter. Die Geschäfte mit der Genetik. München 1998.
- Herbert Schlögel, Der Verlust des Theologischen - Beispiel: Euthanasie. In: *Ethica* 6 (1998) 259-277.
- Helmut Weber, Spezielle Moraltheologie. Grundfragen des christlichen Lebens. Graz/Wien/Köln 1999.
- Hermann Hepp, Präimplantationsdiagnostik - medizinische, ethische und rechtliche Aspekte. Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie der Bundesärztekammer. In: *Dt Ärztebl* 2000; 97: A-1213-1221 [H. 18].
- Josef Römelt, Präimplantationsdiagnostik. Anmerkungen zum Diskussionsentwurf der Deutschen Bundesärztekammer. In *StZ* 125 (2000) 827-834.
- Mirjam Zimmermann/Ruben Zimmermann, Präimplantationsdiagnostik: Chance oder Irrweg? In: *ZEE* 45 (2001) 47-57.

<sup>40</sup> Vgl. Georg Paul Hefty, Gegen Nida-Rümelins Philosophenstaat. In: *FAZ* 2001, Nr. 8, S. 1.

<sup>41</sup> Siehe Kerstin Holm, „Bei uns können Sie mit Föten arbeiten.“ Kein Geld, aber alles ist erlaubt: Rußlands Genetiker brauchen nur noch Investoren. In: *FAZ* 2001, Nr. 10, S. 41.

<sup>42</sup> Siehe Johannes Reiter, Ethik im Genzeitalter. Wie sind die Fortschritte innerhalb der Biotechnologie zu bewerten? In: *HerKorr* 55 (2001) 12-17.

Johannes Reiter, Ethik im Genzeitalter. Wie sind die Fortschritte innerhalb der Biotechnologie zu bewerten? In: HerKorr 55 (2001) 12-17.

### ***Kirchliche Texte:***

Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion „Donum vitae“ (1987). In: VApS 74.

Evangelische Kirche in Deutschland/Deutsche Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Trier 1989, Sonderausg. 2000.

Johannes Paul II., Enzyklika „Evangelium vitae“ (1995). In: VApS 120.

Deutsche Bischofskonferenz, Katholischer Erwachsenen-Katechismus. Bd. 2. Freiburg [u.a.] 1995.

Evangelische Kirche in Deutschland/Deutsche Bischofskonferenz, „Gemeinsame Texte“:

Nr. 1: Organtransplantationen (1990)

Nr. 6: Im Sterben: umfassen vom Leben (1996)

Nr. 11: Wieviel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin (1997)

Nr. 13: Xenotransplantation (1998)

Nr. 15: Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular (1999)

Johannes J. Degenhardt, Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung im Erzbistum Paderborn (Worte zur Zeit 29). Paderborn 2000.

## Die Referenten:

### **Johannes Joachim Degenhardt, Erzbischof, Dr. theol.**

geboren 1926 in Schwelm. Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München. Priesterweihe 1952. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1959 Präfekt im Theologenkonvikt Paderborn, 1965 Studentenpfarrer und 1966 Dekan der Seelsorge-region "Hochstift". 1964 Promotion zum Dr. theol. an der Universität Würzburg.

1968 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn und 1974 Wahl und Ernennung zum Erzbischof. 1998 Verleihung der Ehrendoktorwürde der Päpstlichen Theologischen Fakultät Breslau. 21. Februar 2001 Berufung durch Papst Johannes Paul in das Kardinalskollegium der Katholischen Kirche.

### **Bernward Büchner**

geboren 1937 in Freiburg; Studium der Rechtswissenschaften in München, Wien und Freiburg; nach der Zweiten juristischen Staatsprüfung von 1968 bis 1971 in der Innenverwaltung des Landes Baden-Württemberg als Regierungsassessor bzw. Regierungsrat tätig; ab 1971 Richter am Verwaltungsgericht in Freiburg und 1976/77 Abordnung an den Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg in Mannheim. Seit 1980 Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht (Karlsruhe; seit 1986 Freiburg); seit 1985 Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln); zahlreiche Beiträge zu Fragen des Schutzes menschlichen Lebens.

### **Hansjakob Müller, Prof. Dr. med**

geboren 1941 in Biel BE, Medizinstudium in Basel mit Schwerpunkt Humangenetik. Forschungsaufenthalt am Dept. of Genetics des Albert Einstein College of Medicine, New York. Seit 1978 Humangenetiker an der Universitätskinderklinik Basel. Leiter der Abteilung für Medizinische Genetik, Department Klinisch-Biologische Wissenschaften der Universität Basel. Forschungsschwerpunkt: Veranlagungen für familiär auftretende Tumorkrankheiten. Seit 1990 Mitglied der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. 1984 - 1993 Mitglied der Expertenkommission des Europarates für Bioethik.

### **Hans Gleixner, Prof. Dr. theol.**

geboren 1935, Theologiestudium in Frankfurt und München. 1962 Priesterweihe in der Diözese Regensburg. Promotion an der Universität Regensburg und 1985 Habilitation an der Universität Passau, anschließend Akademischer Oberrat und Privatdozent an dieser Universität. Seit 1990 Inhaber des Lehrstuhls für Moralthologie und Ethik an der Theologischen Fakultät Paderborn. 1994-1996 Rektor der Fakultät; seit 1998 Mitherausgeber der »Paderborner Theologischen Studien«. Forschungsschwerpunkt: Themen der Grundlagenmoral und der Speziellen Moralthologie, Fragen der russischen Religionsphilosophie und Ethik, insbesondere zu V. Solov'ev.



- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**  
 Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg  
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**  
 Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster  
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster
- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen  
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz  
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**  
 Beiträge von: Günter Haaf  
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München  
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt  
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**  
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn  
 Bernward Büchner, Freiburg  
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel  
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn

