



„Surrexit Dominus Vere“
Osterpredigt
des Erzbischofs von Paderborn
Ostern 2001



„Surrexit Dominus Vere“

Herausgeber:

Erzbischöfliches Generalvikariat
Domplatz 3
33098 Paderborn

Gesamtredaktion:

Thomas Schäfers, Karl-Josef Tielke, Karl-Heinz Stahl,
Dr. Werner Sosna, Thomas Klöter

Redaktion dieses Heftes:

Dr. Werner Sosna, Theodor Wegemann, Dr. Udo Zelinka,
Thomas Schäfers

„Surrexit Dominus Vere“ *Orientierung im Labyrinth des Lebens*

Osterpredigt des Erzbischofs von Paderborn
Dr. Johannes Joachim Kardinal Degenhardt

Vorwort

Mit der Entscheidung des Deutschen Bundestages am 30. Januar 2002 ist ein weiterer Schritt in Richtung der Liberalisierung des Umgangs mit menschlichen Embryonen erfolgt. Der Beschluss zum Import embryonaler Stammzellen signalisiert einen grundlegenden Wandel des Menschenbildes in Bioethik und medizinischer Forschung. Die Konsequenzen im Blick auf andere Grenzfragen des menschlichen Lebens sind absehbar. Deshalb ist die ethische Auseinandersetzung und öffentliche Stellungnahme in Fragen des Lebensschutzes eine notwendige Aufgabe. Alle Christinnen und Christen sind zur »ethischen Wachsamkeit« herausgefordert.

Die vorliegende Arbeitshilfe versteht sich als Beitrag zu dieser Aufgabe: Sie möchte allen interessierten Menschen Argumentationshilfen an die Hand geben, um den Einsatz der Kirche zum Schutz des Lebens als lebendiges Zeugnis des Einzelnen und der Gemeinden in der gesellschaftlichen Diskussion zu verstärken. Dies gilt in besonderer Weise für die Gefährdungen des menschlichen Lebens in den Bereichen

- Pränatale Diagnostik (Kap. 1),
- Forschung an embryonalen Stammzellen (Kap. 2),
- Konfliktfall Schwangerschaftsabbruch (Kap. 3),
- Sterben und Tod des Menschen (Kap. 4).

Zum Verständnis der ethischen Problematik bietet jeder Themenbereich zunächst eine Auswahl von Texten, die inhaltliche Zugänge ermöglichen. Dann folgen Beiträge, die sich als Diskussionsimpuls verstehen. Schließlich werden Verlautbarungen der katholischen Kirche dokumentiert, die die Position der Kirche im Blick auf die jeweilige Problematik darstellen.



„Surrexit Dominus Vere“ – Orientierung im Labyrinth des Lebens

Liebe Schwestern und Brüder!

Auf dem Fußboden einiger gotischer Kathedralen findet der Besucher den Grundriss eines Labyrinths nachgezeichnet. In früheren Zeiten war es Mittelpunkt eines eigenen Brauches im Ablauf der Osterliturgie: Bischof, versammelter Klerus, anwesende Pilger und Gläubige folgten in der Osternacht den verschlungenen Linien des Labyrinthes auf den Knien rutschend bis zum Zentrum, wo sie sich dann aufrichteten.

Hintergrund dieses für uns heute doch einigermaßen seltsamen Brauches ist ein griechischer Mythos:

Auf Kreta, so die Überlieferung, hauste in einem Labyrinth der Stadt Knossos der Minotaurus, ein Ungeheuer mit menschlichem Körper und Stierkopf. Ihm wurden alle neun Jahre 14 junge Athener geopfert. Dem attischen Heros Theseus gelingt es, das Ungeheuer zu vernichten, weil er sich in den Abwegen und Irrwegen des Labyrinths mit Hilfe eines am Ausgang befestigten Wollfadens orientieren kann. Diese Idee der kretischen Königstochter Ariadne ist sprichwörtlich geworden und weist Theseus in diesen entscheidenden Augenblicken die Richtung seines Lebens und Überlebens. Es ist der rote Faden, der sein Leben erhält, ihn an Sinn und Ziel seines Weges erinnert und ihm in Angst und Zweifel Sicherheit und Halt gibt.

Die Frage, die der Mythos dem heutigen Leser oder Hörer stellt, lautet: Welcher Faden leitet uns – mich – eigentlich durch das Labyrinth des Lebens mit seinen verschlungenen Höhen und Tiefen, mit seinen Wegen, Umwegen und Irrwegen?

Von ihren Anfängen an bis zum heutigen Tag versteht und verkündet die Kirche im Bekenntnis des Ostertages das Fundament umfassend gelungenen Daseins und damit den roten Faden im Leben jedes Christen: „Surrexit dominus vere“ – „Der Herr ist wahrhaft auferstanden!“

Der Apostel Paulus schreibt in seinem Brief an die Römer: „Wer mit dem Herzen glaubt und mit dem Mund bekennt, wird Gerechtigkeit und Heil erlangen“ (Röm 10,10). Dabei wird das Geschehnis des Ostertages nicht als isoliertes

Ereignis verstanden – als Wunder aus heiterem Himmel sozusagen, sondern vielmehr als buchstäblich letztgültige Bestätigung von Leben und Botschaft Jesu durch die wirkmächtige Kraft des Vaters, den Heiligen Geist. Dadurch wird dem Menschen seine in der Schöpfung grundgelegte Würde, die er im Urdatum der Sünde Adams eigenmächtig verloren hat, wiedergegeben (vgl. Johannes Paul II., Redemptor hominis Nr. 8). Im Römerbrief des heiligen Paulus heißt es deshalb: „Wie es also durch die Übertretung eines einzigen für alle Menschen zur Verurteilung kam, so wird es auch durch die gerechte Tat eines einzigen für alle Menschen zur Gerechtsprechung kommen, die Leben gibt“ (Röm 5,18). In Christus, dem neuen Adam, erschließt sich dem Menschen seine höchste Berufung (vgl. Gaudium et spes Nr. 22) und damit der Sinn seines Lebens.

„Surrexit dominus vere“ – „Der Herr ist wahrhaft auferstanden“

Dieses Bekenntnis ist für uns der rote Faden auf dem Weg zu dem, was wir selber alle sind und doch stets neu werden wollen – Menschen. Zugleich zeichnen sich im Blick auf den auferstandenen Herrn grundsätzliche Orientierungsmaßstäbe ab, die uns an den Wegkreuzungen unseres Lebenslabyrinths die Richtung weisen können.

Sicherlich könnten an dieser Stelle viele Brennpunkte genannt werden, die dringend der Orientierung bedürfen. Ich möchte mich allerdings auf einen beschränken, weil er für den Weg und die Zukunft des Menschen im dritten Jahrtausend von besonderer Bedeutung ist.

Er betrifft die höchst komplexe Frage des Lebensschutzes. Wohl kaum ein Themenkreis verunsichert breite Teile der Bevölkerung mehr als dieser. Deshalb haben sich die deutschen Bischöfe mehrfach dazu geäußert, jüngst noch zu den Problemfeldern Gentechnik und Biomedizin (vgl. Warnung vor Erlösungsfantasien. Bischofs-Wort zu Fragen der Gentechnik und Biomedizin).

Aus dem biblischen Menschenbild, dessen Kernpunkt für den Christen die durch Tod und Auferstehung Jesu Christi erneuerte Gottesebenbildlichkeit bildet, wissen wir: Menschenwürde

kommt dem Menschen allein aufgrund seines Menschseins zu und ist jeder rechtlichen und politischen Regelung vorgängig. Das heißt mit anderen Worten, kein Mensch, keine Gesellschaft und auch kein Staat hat das Recht, einem anderen Menschen seine Würde abzusprechen – und sei es auch nur mit der subtilen philosophischen Unterscheidung zwischen Mensch und Person. Das Leben eines Menschen ist der Verfügbarkeit durch andere entzogen. Das gilt für das ungeborene Leben ebenso wie für das sterbende, für das gesunde ebenso wie für das behinderte oder kranke. Die Würde des Menschen ist unabhängig von eigener oder fremder Einschätzung oder Bewertung. Aus diesem Grunde verbieten sich all jene biologischen oder medizinischen Maßnahmen, die menschliches Leben an seinem Beginn oder seinem Ende in irgendeiner Form disponibel werden lassen: Präimplantationsdiagnostik, Keimbahntherapie, therapeutisches und reproduktives Klonen, Abtreibung, Euthanasie. Wir als Christen dürfen dazu nicht schweigen, weil wir in der Nachfolge dessen stehen, der jedem Menschen durch seine Auferstehung den Weg zum „Leben in Fülle“ (Joh 10,10) eröffnet hat. Daher haben wir an unserem Platz aktiv Verantwortung zu übernehmen für die Entwicklung und Gestaltung unserer Welt und Gesellschaft. Wie bereits angedeutet, gilt es den durch die neuen technischen Möglichkeiten eröffneten Erlösungsfantasien mit plausiblen und glaubwürdigen, weil lebbar Alternativen zu begegnen.

Dies beginnt vor allem in der kleinsten Keimzelle unserer Gesellschaft – in der Familie. Die „Kultur des Lebens“, wie sie von Papst Johannes Paul II. immer wieder angemahnt wird, entfaltet sich in diesem Lebens- und Lernraum. Denn wo sonst, wenn nicht hier, lernt der Mensch zunächst und zuerst, was es heißt ein Mensch zu sein und ein menschliches Leben führen zu müssen und zu dürfen. Er ist nicht zu ersetzen durch die heute üblich gewordenen alternativen Lebensformen, weil die Ehrfurcht vor dem Leben buchstäblich greifbar werden kann:

- Im „Ja“ der Ehepartner beispielsweise, das sich im „Ja“ zum Kind konkretisiert;
- oder aber im selbstverständlichen alltäglichen Miteinander, in dem Rücksichtnahme und Solidarität bereits von Kindesbeinen an gelernt werden;

- auch in der Erfahrung von Fürsorge und Nähe als Basis für ein grundlegendes Vertrauen in den Sinn unseres Daseins;

- nicht zuletzt im gemeinsamen Tragen und Ertragen all der vielen Rätsel und Unsinnigkeiten, die uns auf dem Weg durch unser Lebenslabyrinth begegnen – Krankheit, Leid und Tod – und die uns daran erinnern, dass das Leben unserer letzten Verfügbarkeit entzogen bleibt.

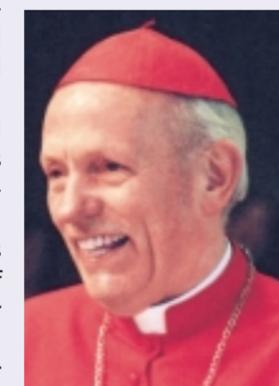
Welcher rote Faden leitet uns – mich – durch die verschlungenen Wege des Lebenslabyrinthes?

„Surrexit dominus vere“ – „Der Herr ist wahrhaft auferstanden“.

Die Botschaft des heutigen Tages, liebe Schwestern und Brüder, bietet uns diesen roten Faden. Sie erzählt uns auf eigene Weise, dass wir auf unserem Weg durch das Lebenslabyrinth nicht allein sind. Sie erspart uns zwar nicht die Sackgassen, Um- und Abwege, die jedes Labyrinth kennzeichnen. Sie löst auch nicht die Fragen und Probleme, die uns tagtäglich begegnen. Hier sind unsere besten Kräfte und Strebungen gefragt: Verstand, Fantasie, Geduld und mühsames Suchen. Wohl nicht ohne Grund errutschten die Menschen mühsam und langsam den Grundriss des Labyrinthes in ihren Kathedralen. Aber – die Botschaft von Ostern verspricht uns, dass wir Orientierung erhalten auf unseren Wegen, dass wir zurückfinden können, wenn wir uns verirrt haben, dass wir etwas in der Hand haben, wenn Zweifel und Verunsicherung uns bedrücken. Letztlich verspricht uns die Botschaft von der Auferstehung, dass auch wir aufgerichtet werden – und einst auferstehen.

„Surrexit dominus vere“ – „Der Herr ist wahrhaft auferstanden“ Amen.

+ Johannes J. Kardinal Degenhardt
Erzbischof von Paderborn





1. Einführung in die Thematik

Im Feld der Lebensrechts- und Lebensschutzfragen werden zur Zeit schwierige Fragen breit in der Gesellschaft diskutiert. Da es sich hierbei neben den ethischen auch um biologische und medizinische Sachverhalte handelt, wird ein breites Wissen vorausgesetzt, um sich ein eigenes Urteil bilden zu können.

Von daher ist der Teil der Arbeitshilfe, der sich um diese Fragen kümmert, so aufgebaut, dass er ein großes Bündel sachlicher Informationen bietet. Diese Informationen bieten die Grundlagen für das engagierte und kompetente Mitwirken an den brennenden Fragen nach dem Wert des menschlichen Lebens und den Grenzen des medizinisch und biologisch Erlaubten.

Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und medizinischer Forschung

Die gegenwärtige Diskussion um die Möglichkeiten der medizinischen Praxis und Forschung machen uns in eklatanter Weise deutlich, dass das menschliche Leben in allen Phasen seiner zeitlichen Entwicklung dem Zugriff des Menschen fundamental ausgesetzt ist.

Insbesondere dort, wo die Signaturen des Menschseins vordergründig noch nicht oder nicht mehr wahrnehmbar erscheinen, ist die Frage nach dem Selbst- und Letztwert des menschlichen Lebens unausweichlich. Es ist offensichtlich so, dass ein Blick durch das Mikroskop auf die biologischen Bausteine des Lebens nicht alle Informationen preisgibt oder enthält, um das menschliche Leben von Beginn seiner Zeugung an als liebens- und lebenswürdiges zu qualifizieren.

Insbesondere die jüngsten Entwicklungen im Bereich der biomedizinischen Forschung am Menschen und die damit verbundenen zukünftigen gesellschaftspolitischen Weichenstellungen dürfen uns nicht gleichgültig lassen. Wir stehen in einer Situation, in der die medizinischen Möglichkeiten der Manipulation und Vernichtung des individuellen menschlichen Lebens im Frühstadium seiner Existenz mit aller Dringlichkeit nach der Erlaubtheit dieser Handlungen fragen. Erst eine solche ethische Legitimation würde die von den Befürwortern

der verbrauchenden Embryonenforschung geforderten politischen und wirtschaftlichen Handlungsspielräume eröffnen. Diese ethische Legitimation ist jedoch mit den Bestimmungen des geltenden Rechts nicht möglich, da es das Menschsein und den damit gegebenen Subjektstatus der Embryonen nach wie vor schützt. Der Mensch ist nicht verfügbar. Dennoch sind die Bestrebungen nicht zu übersehen, die mit größter Vehemenz eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes herbeiführen wollen, um ihren Forschungsinteressen entsprechend handeln zu können. Diese Forschungen würden den gezeugten Embryo damit zum Biomaterial und Zellhaufen entwerten, um ihn dann zur Verwertung und Tötung freizugeben. Ein solches Menschenbild stellt unausweichlich die Menschenwürde zur Disposition.

Es ist offensichtlich geworden, dass die Frage der Menschenwürde im Zusammenhang der biomedizinischen Forschungsvorhaben keine Frage der naturwissenschaftlichen Definitionsvollmacht darstellt, sondern im Kern vom Selbstverständnis des Menschen handelt. Um dieses Selbstverständnis müssen wir ringen, damit der Mensch seine Würde als Ebenbild Gottes behält und nicht in unzulässiger Weise als Rohstoff und Forschungsmaterial instrumentalisiert wird.

Angesichts dieser Bedenken ist es meines Erachtens notwendig, dass wir uns der ethischen Diskussion verstärkt stellen und unsere Argumentation einbringen. Denn die Forderung nach einer Liberalisierung des experimentellen Umgangs mit Embryonen hat die Ambivalenz der biomedizinischen Forschung im Umgang mit dem Gut des individuellen menschlichen Lebens für alle sichtbar gemacht. Mit der Vision der Heilung ungezählter Krankheiten und dem pragmatischen Hinweis auf ökonomische Standortvorteile und internationale Konkurrenzfähigkeit soll legitimiert werden, dass der Mensch in der Frühphase seiner Entwicklung den Rechtsstatus seiner Schutzwürdigkeit einbüßt. Zum biologischen Rohstoff degradiert würde er getötet, verbraucht, „nur“ zum Organ umprogrammiert. Vor welchen ethischen Grenzen sollte das Forschungsinteresse dann noch Halt machen, wenn es um das Leben von unheilbar Schwerstkranken, Behinderten und alten Menschen in unserer Gesellschaft geht?

Die in der Frage der Embryonenforschung zu treffenden Entscheidungen werden gravierende Auswirkungen auf das Menschenbild in unserer Gesellschaft haben und damit das Ethos behandelnder Ärzte in grundlegenden Fragen verändern. Es muss daher in aller Öffentlichkeit die Frage gestellt werden, ob sich eine sogenannte „Ethik des Heilens“ nicht vielmehr dadurch auszeichnen hat, dass sie nach menschenwürdigen Alternativen sucht und ihr Handeln an Kriterien bindet, die das Menschsein in jeder Phase seiner Entwicklung vor Instrumentalisierung schützen? Die politische Kontroverse signalisiert, dass Technik und Naturwissenschaft nicht den alleinigen Maßstab des Humanum bilden können.

Quelle: Dr. Johannes Joachim Kardinal Degenhardt, in: Dokumentation der Ärztagung des Erzbistums Paderborn, 17. November 2001, hier: Textauszug aus dem Eröffnungsreferat

2. Pränatale Diagnostik

2.1 Zugänge

Was ist pränatale Diagnostik?

Unter Pränataldiagnostik versteht man all jene medizinischen Untersuchungen, die während der Schwangerschaft durchgeführt werden können, um eine mögliche Schädigung oder Erkrankung des ungeborenen Kindes erkennen zu lassen. Zu den Untersuchungsmethoden gehören sowohl bildgebende Verfahren wie etwa Ultraschall, Blutuntersuchungen der schwangeren Frau als auch die Fruchtwasseruntersuchung oder als Spezialfall die Präimplantationsdiagnostik (PID).

Anfang der 80er Jahre fanden die ersten Untersuchungen dieser Art statt. Seitdem sind sie nicht unumstritten, da sie werdende Eltern vor gravierende Entscheidungen stellen können. Ganz grundsätzlich unterscheidet man zwischen invasiven Verfahren, bei denen der Arzt mit Hilfe eines Instrumentes in die Gebärmutterhöhle eindringt (z. B. Fruchtwasseruntersuchung) und nicht-invasiven Verfahren, bei denen ein solches Eindringen entfällt. Letztere bergen keinerlei Risiko für das heranwachsende Kind; ihr unübersehbarer Nachteil besteht aber

in ihrer relativen Unsicherheit, was nicht selten zur Durchführung invasiver Untersuchungen, insbesondere der Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), führt. Invasive Verfahren werden werdenden Eltern in der Regel dann anempfohlen, wenn

- die Schwangere älter als 35 oder der Vater über 41 Jahre alt ist;
- die Frau bereits Chromosomstörungen hat oder bei ihr Chromosomentranslationen erkannt sind bzw. vermutet werden;
- eine familiäre Disposition für pränatal diagnostizierbare Erkrankungen besteht oder ein Familienmitglied einen Neuraldefekt hat, z.B. einen offenen Rücken (Spina bifida).

Nach geltendem Recht ist der Arzt verpflichtet, die Eltern auch über einen positiven Befund zu informieren, wobei „positiv“ in diesem Zusammenhang die Identifizierung einer genetisch bedingten Schädigung des Ungeborenen bedeutet. Zugleich hat er auf die Möglichkeit eines medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs aufmerksam zu machen, der keinerlei zeitlicher Beschränkung unterliegt (Spätabtreibungen).

Ethische Herausforderungen

Es ist sicher nicht gerechtfertigt, der pränatalen Diagnostik von vornherein die Absicht zu unterstellen, sie diene vor allem der negativen Eugenik, d. h. der gezielten Aussonderung und Tötung von Kindern mit schon angeborenen





PRO

Pränatale Diagnostik

CONTRA

Einem schwer behinderten Kind kann ein Leben voll Leid und Schmerzen erspart bleiben.

Wenn festgestellt wird, dass ein Kind behindert zur Welt kommen wird, kann der Frau die zweite Hälfte der Schwangerschaft und die Geburt erspart bleiben.

Durch vorgeburtliche Diagnosen kann Eltern, die eine erblich bedingte Krankheit bei ihrem Kind befürchten oder die schon ein behindertes Kind haben, die Geburt eines gesunden Kindes ermöglicht werden.

Die Pflege eines behinderten Kindes kann eine unzumutbare Belastung für die Mutter, etwaige Geschwister und die Partnerschaft der Eltern sein.

Eltern, die durch vorgeburtliche Untersuchungen von einer Schädigung ihres Kindes erfahren, können sich für dieses Kind entscheiden und sind dann besser vorbereitet.

Durch Unfälle und Umweltschäden entstehen heute schon viel zu viele Behinderungen, da sollten vorgeburtlich erkennbare Schädigungen jedenfalls vermieden werden.

Pflege, Betreuung und Förderung von Behinderungen kosten die Gesellschaft viel Geld. Dieses Geld sollte sinnvoller in vorgeburtliche Diagnosen verwendet werden.

Wir nutzen den medizinischen Fortschritt in der Bekämpfung und Vorbeugung von Krankheiten, in der Empfängnisverhütung und in der Schwangerenvorsorge – warum nicht auch, wenn wir die Möglichkeit haben, bei der vorgeburtlichen Vermeidung von geschädigten Föten?

Wie ein behindertes Kind Leid und Schmerz empfindet, wissen wir nicht genau. Wir wissen aber, dass viele behinderte Menschen, soweit sie sich äußern können, an ihrem Leben genauso hängen wie wir selber und den Gedanken, man hätte sie aus Mitleid abtreiben können, als unmenschlich zurückweisen. Steckt hinter solchem „tödlichen Mitleid“ nicht eher die Angst der Nichtbehinderten vor möglichem eigenem Leid, vor Ansprüchen an Zuwendung und Solidarität?

Ein Schwangerschaftsabbruch im 5. Monat ist eine schwere körperliche und seelische Belastung für die schwangere Frau.

Der Preis für ein gesundes Kind bei einer solchen „Schwangerschaft auf Probe“ ist der Abbruch, wenn das Kind den Hoffnungen nicht entspricht.

Andererseits können die Mutter und die Familienmitglieder auch erfahren, dass sie dieser Aufgabe gewachsen sind oder dass sie ihnen neben aller Last sogar Freude bringt.

Die Zahlen sprechen gegen dieses Argument. Es ist nicht leicht für Eltern, sich gegen die Empfehlung der Ärztinnen und Ärzte, die ein „gesundes Kind“ in die Welt bringen wollen, gegen die Erwartungen der Umwelt, die meinen, „behinderte Kinder“ müssten doch heute nicht mehr sein, und gegen die eigenen Befürchtungen und Enttäuschung für die Geburt eines behinderten Kindes zu entscheiden.

Zahlenmäßig fallen die vorgeburtlich erkennbaren Schädigungen gegenüber den Behinderungen insgesamt kaum ins Gewicht. Sie machen unter 5% aller Behinderungen aus.

Solche Kosten-Nutzen-Rechnungen in Bezug auf Menschen sind zutiefst inhuman. Ergebnis wäre die eugenisch motivierte selektive Abtreibung auf breitester Basis, eine Verschärfung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung und letztlich auch die Gefährdung aller Menschen, die eine kostspielige Therapie benötigen – und das könnte jeden von uns treffen.

Durch vorgeburtliche Diagnose werden Föten nicht „vermieden“, sondern abgetrieben, d. h. alle ethischen Argumente, die gegen einen Schwangerschaftsabbruch sprechen, sind auch hier gültig. Verschärft wird das ethische Problem dadurch, dass mit einem solchen Abbruch das Lebensrecht von Behinderten in Frage gestellt wird.

Krankheiten. Hier gilt vielmehr das Urteil des Mainzer Moraltheologen Johannes Reiter, sie sei als Methode ethisch neutral, doch partizipiere sie im Einzelfall an der sittlichen Legitimität bzw. Illegitimität des Zieles, zu dessen Erreichung sie eingesetzt wird. Von daher könnte man hier vom ethischen Standpunkt aus nur bedingt zustimmen, weil ihre faktische Ambivalenz dadurch offenkundig werde, dass sie nicht nur angewandt wird, um zu helfen, sondern auch um zu töten.



In vielen Fällen ist leider die Abtreibung einkalkulierte Konsequenz der pränatalen Diagnostik. Ihre Ambivalenz ist aber darin begründet, dass sie, so paradox das zunächst erscheinen mag, mit einer statistisch überwältigenden Häufigkeit dazu beiträgt, Leben zu retten. In rund 97% aller Fälle, in denen pränatale Diagnostik während einer sog. Risikoschwangerschaft, gewöhnlich aufgrund des mütterlichen Alters oder einer bereits in der Familie aufgetretenen Erbkrankheit, durchgeführt wurde, können Eltern von der monatelang währenden Angst befreit werden, ein erkranktes Kind zu bekommen ... Der heftige, aus bloßer anamnestischer Angst geäußerte Wunsch, eine Schwangerschaft abzubrechen, ist gerade durch die Möglichkeit eines sicheren und direkten Nachweises schwerster Erkrankungen merklich seltener geworden ... Damit wird aber zugleich – und das lässt das Janusgesicht der Pränatalmedizin deutlicher hervortreten – eine andere Einstellung zum Kind systematisch herangebildet. Der durchaus berechtigte und verständliche Wunsch werdender Eltern, ein gesundes Kind zu bekommen, hat sich nicht selten verschwistert mit der Anspruchshaltung, ein – möglicherweise einklagbares – Recht auf ein gesundes Kind zu besitzen.

Menschliches Leben ist und bleibt aber von Anfang an Geschenk. Es ist von Gott unbedingt gewollt, weil jeder Mensch in seinem Sosein, in seiner je einmaligen Personhaftigkeit von Gott bejaht und geliebt wird. Das gilt in gleicher Weise für gesundes wie auch für krankes und behindertes Leben. Mehr noch: der beispielhafte Umgang Jesu mit den Kranken und Mar-

ginalisierten der Gesellschaft macht deutlich, dass gerade dem Menschen in seiner Schwäche und Hinfälligkeit Gottes besondere Liebe und Fürsorge gilt.

Quelle: Peter Fonk, Der Traum vom perfekten Baby. Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderungen, in: ders., Christlich handeln im ethischen Konflikt. Brennpunkte heutiger Diskussion, Regensburg 2000, 75f.

2.2 Spezialfall Präimplantationsdiagnostik (PID)

Was ist Präimplantationsdiagnostik?

Bei dieser derzeit in Deutschland heftig umstrittenen Spezialform einer Pränataldiagnostik wird die weibliche Eizelle außerhalb des weiblichen Körpers mit einer Samenzelle befruchtet (In-Vitro-Fertilisation). In der normalen Reproduktionsmedizin würde sie dann in den Uterus eingepflanzt, in der Hoffnung, dass sich ein gesundes Kind entwickelt. Bei der PID hingegen wird, wenn sich der sich entwickelnde Embryo im Acht-Zellen-Stadium befindet, eine Zelle entnommen und auf eventuelle Erbfehler untersucht. Die Frau kann dann entscheiden, ob sie eine Einpflanzung wünscht oder die Embryonalzellen abgetötet werden sollen, bzw. aus mehreren Embryos kann der gesündeste ausgesucht werden. Das derzeit (noch) geltende Embryonenschutzgesetz verbietet die Anwendung dieser Methode in Deutschland.

PID als Zeugung auf Probe

Die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik bedeutet eine weitere, entscheidende Änderung unserer Lebensform – übrigens im Unterschied zur heute bereits gängigen Pränataldiagnostik im Mutterleib: PID ermöglicht die Erzeugung eines „potentiellen Kindes“, das erst dann zum wirklichen Kind wird, wenn eine Entscheidung zu seinen Gunsten getroffen worden ist. Damit werden Zeugung und Schwangerschaft mit Selektion verknüpft – und zwar noch diesseits allen Missbrauchs, vor dem die PID-Gegner warnen, und ohne hier irgend einem der Beteiligten bösen Willen oder rassistische und sonst wie diskriminierende Auswahlkriterien unterstellen zu wollen. Die Technik selbst dient der Selektion, nicht erst ihre ausufernde Anwendung.



Dabei geht das Bewusstsein allmählich verloren, das sich in Ausdrücken wie „guter Hoffnung sein“ oder „ein Kind bekommen“ noch spiegelt: das Bewusstsein davon, dass die Geburt eines Kindes ein – zumeist beglückendes – Geschehen ist, das einer Frau widerfährt, und kein planbares Projekt von Fortpflanzungsmedizinern.

Die Debatte um die PID macht aber noch einen weiteren Wandel offenkundig: den Paradigmenwechsel von der „Heiligkeit des Lebens“ zur „Lebensqualität“. Die Lebensqualität der Eltern, vor allem aber die zu erwartende Lebensqualität eines möglicherweise behinderten Kindes ist der Selektionsmaßstab der Präimplantationsdiagnostik. Die Frage nach der Lebensqualität läuft jedoch unweigerlich hinaus auf eine Entscheidung über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens.

Quelle: Christa Nickels, Über erste und letzte Fragen, in: Dokumentation der Ärztagung des Erzbistums Paderborn, 17. November 2001

2.3 Zur Kontroverse

„Humane Alternative zur Abtreibung“ gerät in Zweifel

Berlin – Die Diskussion um die ethische Bewertung der Präimplantationsdiagnostik (PID) bekommt eine neue Qualität. Die PID ist offenbar nicht die humane Alternative zur Abtreibung, als die sie von Befürwortern gern dargestellt wird. Auch kann sie nicht als Wundermittel für solche Paare gewertet werden, die auf Grund von Erbkrankheiten eine normale Schwangerschaft fürchten. Das macht eine Datenerhebung deutlich, auf die Hubert Hüppe, stellvertretender Vorsitzender der Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin, jetzt hinweist. „Die Zahlen sind ernüchternd und zeigen, dass PID die Versprechungen in keiner Weise erfüllt“, sagte der CDU-Politiker der WELT. Zwischen 1993 und 2000 hat die European Society of Human Reproduction and Embryology die Tätigkeit von 26 PID-Zentren in Europa, den USA und Australien ausgewertet. 886 Paare hatten sich danach zu einer PID entschlossen. Doch kam es nur zu 123 Geburten – knapp 14 Prozent – mit insge-

samt 162 Kindern. Für jede dieser Geburten wurden durchschnittlich 74 Eizellen befruchtet und etwa elf Embryonen transferiert. In 132 Fällen wurde eine invasive pränatale Diagnostik durchgeführt, um die PID nochmals zu überprüfen. Dabei wurden vier Fehldiagnosen entdeckt. Daraufhin wurden zwei der betroffenen Embryonen abgetrieben, die beiden anderen Kinder wurden zur Welt gebracht – mit Schädigungen. Doch damit nicht genug: Es kam zu sieben weiteren Abtreibungen, nachdem offenbar Schädigungen bei den Embryonen festgestellt worden waren, die man mit der PID zuvor nicht erfasst hatte. Darüber hinaus wurden neun Föten getötet, um höhergradige Mehrlingschwangerschaften zu reduzieren.

Quelle: Martina Fietz, in: Die Welt, 6. April 2001

2.4 Position der Katholischen Kirche

Zur sittlichen Bewertung vorgeburtlicher Verfahren

Besondere Aufmerksamkeit muss der sittlichen Bewertung der Verfahren vorgeburtlicher Diagnose gelten, die die frühzeitige Feststellung eventueller Missbildungen oder Krankheiten des ungeborenen Kindes erlauben. Wegen der Komplexität dieser Verfahren muss eine solche Bewertung in der Tat sorgfältiger und artikulierter erfolgen. Wenn sie ohne unverhältnismäßige Gefahren für das Kind und für die Mutter sind und zum Ziel haben, eine frühzeitige Therapie zu ermöglichen oder auch eine gefasste und bewusste Annahme des Ungeborenen zu begünstigen, sind diese Verfahren sittlich erlaubt. Da jedoch die Behandlungsmöglichkeiten vor der Geburt heute noch recht begrenzt sind, kommt es nicht selten vor, dass diese Verfahren in den Dienst einer Eugenik-Mentalität gestellt werden, die die selektive Abtreibung in Kauf nimmt, um die Geburt von Kindern zu verhindern, die von Missbildungen und Krankheiten verschiedener Art betroffen sind. Eine solche Denkart ist niederträchtig und höchst verwerflich, weil sie sich anmaßt, den Wert eines menschlichen Lebens einzig und allein nach Maßstäben wie „Normalität“ und physisches Wohlbefinden zu beurteilen und auf diese Weise auch der Legitimation der Kindes-tötung und der Euthanasie den Weg bahnt. In



Präimplantationsdiagnostik in der Diskussion

Zur Verteidigung von PID werden im Grunde drei Argumente vorgebracht, die rein utilitaristischer Natur sind:

1. Der Embryo besitzt bis zur Implantation nicht die Würde des entwickelten Menschen und ist auch nicht in gleicher Weise Träger des Rechtes auf Lebensschutz. Es ist im Grunde ein altes, aus der Abtreibungsdiskussion stammendes Argument. Man legt willkürlich einen Zeitpunkt in der kontinuierlichen Menschenentwicklung fest, um das Lebensschutzrecht der Schwachen zu Gunsten der Stärkeren zu opfern.
2. Außerdem wird argumentiert: Wenn eine Gesellschaft die Tötung eines Behinderten bis zur Geburt zulässt (eugenische Indikation), wie es in Österreich noch der Fall ist, dann muss erst recht die Tötung des gleichen Menschen am dritten Lebenstag, nachdem feststeht, dass er irgendwann eine schwere Behinderung haben wird, auch legal sein. Diese Sichtweise wäre in sich auch logisch. Sie ist aber falsch, weil die Prämisse, d.h. die eugenische Indikation unsittlich ist.
3. Durch PID wird verhindert, dass Menschen geboren werden, die Träger von schweren, zum Teil noch unheilbaren Krankheiten sind. Man redet vom Nutzen für den, der nicht behindert geboren wird, für die Eltern und für die Gesellschaft als Ganzes. Ein weiterer Nutzen liegt darin, dass viele Abtreibungen dadurch erspart blieben.

Die Unsittlichkeit von PID ergibt sich aus mehreren Gründen:

1. PID setzt die In-Vitro-Fertilisation voraus.
2. PID steht nicht im Dienste einer Therapie oder einer Heilung, sondern allein im Dienste der Entscheidung über Leben oder Tod. Sie ist unmittelbares Instrument der Selektion und mittelbares Instrument der Tötung von Menschen. Die Handlung ist also auf jeden Fall unsittlich.
3. PID öffnet einer schwer kontrollierbaren Menschenselektion Tür und Tor. Die Grenze zwischen Defekt und Mangel an erwünschten Eigenschaften wird immer sehr unscharf bzw. kulturell- und modebedingt bleiben. Mit Hilfe von PID wird es theoretisch sogar möglich, Embryonen auf Normalmerkmale zu testen, nur um Menschen nach Maß zu schaffen. Der Mensch darf sich aber nicht anmaßen, über die Eigenschaften der künftigen Generation bestimmen zu können. Dies würde gegen die Menschenwürde verstoßen.
4. De facto würde eine gesellschaftliche Akzeptanz von PID die Behinderten unter einen unerträglichen, entwürdigenden sozialen Druck setzen: Sie würden als Individuen gelten, die der etablierten Selektion entkommen sind.
5. Sollten die entnommenen Zellen tatsächlich totipotent sein, dann müsste ein weiteres Argument ins Treffen geführt werden, nämlich, dass die entnommenen Zellen entwicklungsfähige Embryonen waren. Für sie gilt das gleiche wie für jedes menschliche Leben: Sie sind ein Zweck in sich und dürfen daher nicht ausschließlich für diagnostische Zwecke erzeugt werden. Es steht ihnen ein unbedingtes Recht auf Lebensschutz zu.

Wirklichkeit stellen jedoch gerade der Mut und die Gefasstheit, mit denen viele unserer von schweren Gebrechen betroffenen Brüder und Schwestern ihr Dasein meistern, wenn sie von uns angenommen und geliebt werden, ein besonders wirkungsvolles Zeugnis für die echten Werte dar, die das Leben kennzeichnen und es auch unter den schwierigsten Bedingungen für sich selbst und für die anderen wertvoll machen. Die Kirche ist jenen Eheleuten nahe, die unter großer Angst und viel Schmerz bereit sind, ihre von Behinderung schwer heimgesuchten Kinder anzunehmen; und sie ist all jenen Familien dankbar, die durch Adoption Kinder aufnehmen, die wegen Behinderungen oder Krankheiten von ihren Eltern im Stich gelassen worden sind.

Quelle: Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae*, Nr. 63

Genetische Diagnostik

Bisher finden Gentests vor allem bei der **pränatalen Diagnostik** Anwendung. Sie wird schwangeren Frauen, bei denen ein bestimmtes Risiko besteht, angeboten, um festzustellen, ob der im Mutterleib heranwachsende Embryo mit einer Krankheit oder einer Behinderung behaftet ist. In den meisten Fällen kann die Geburt eines gesunden, im Sinne des Tests unbelasteten Kindes vorhergesagt werden. In manchen Fällen besteht die Möglichkeit, schon vor oder unmittelbar nach der Geburt eine Therapie einzuleiten. Oft aber wird der Embryo, wenn bei ihm eine Krankheit oder Behinderung festgestellt wurde, abgetrieben. Ein solcher Entschluss ist ethisch nicht zu billigen. Es ist selbstverständlich, dass Eltern sich ein gesundes Kind wünschen, aber dies darf nicht dazu führen, dass kranke Kinder abgelehnt oder getötet werden. Eltern sollten deshalb schon im Vorfeld bedenken, in welche Konflikte sie eine pränatale Diagnostik führen kann. Diese können in der genetischen Beratung bedacht werden.

Eine neue Anwendungsform der genetischen Diagnostik ist die Präimplantationsdiagnostik. Mit ihr wird ein im Reagenzglas erzeugter Embryo, dessen Existenz als Mensch mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt, auf seine erbliche Belastung hin überprüft. Nur

wenn der Embryo als erblich unbelastet getestet worden ist, wird er anschließend in die Gebärmutter der Frau übertragen. Im Fall einer Belastung wird er vernichtet. Gegenüber der zuvor genannten Pränataldiagnostik ist die Präimplantationsdiagnostik von ganz anderer ethischer Qualität. Sie ist in jeder Hinsicht und von vorne herein auf Selektion von menschlichem Leben ausgerichtet und daher ist ihr aus ethischer Sicht entschieden zu widersprechen. Sie muss daher in Deutschland auch weiterhin verboten bleiben.

Quelle: *Der Mensch: sein eigener Schöpfer?* Wort der Deutschen Bischofskonferenz zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin, 7. März 2001 (*Die deutschen Bischöfe*, 69) S. 7f.

3. Forschung an Embryonalen Stammzellen

3.1 Forschungsgegenstand und ethischer Hintergrund

Ziele und Chancen der Genforschung und Stammzelltherapie

Derzeit konzentriert sich die Biomedizin allerdings auf eine noch näherliegende, noch eher realisierbar erscheinende Möglichkeit der therapeutischen Anwendung mikrobiologischer Erkenntnisse: auf die Möglichkeit der sogenannten „Stammzelltherapie“. Stammzellen haben, im Unterschied zu normalen spezialisierten Zellen die Fähigkeit, alternde, absterbende oder verloren gegangene Zellen immer wieder neu zu erzeugen. Sie verleihen einem Lebewesen die Fähigkeit der Regeneration seines Organismus. Vor allem aber haben sie im Prozess der Embryonalentwicklung entscheidende Bedeutung für den Aufbau und die Formung des Organismus. Bereits die befruchtete Eizelle sowie die Zellen nach den ersten Teilungen stellen Stammzellen dar, und zwar solche, die noch „totipotent“ sind, die also noch alle anderen Zelltypen und Organe und damit auch einen vollständigen Menschen hervorbringen können. In einem etwas späteren Stadium, der sogenannten „Blastozyste“, sind die Stammzellen nur noch „pluripotent“, also nur noch in mehrere (nicht mehr in alle) Richtungen entwicklungsfähig.



Die Idee der Biomediziner und Mikrobiologen besteht nun darin, in krankes organisches Gewebe, etwa in das Nervengewebe des Gehirns, in geschädigtes Lebergewebe oder in das Blut, gesunde Stammzellen einzuschleusen, damit sie dort anfangen, wieder gesundes Gewebe zu produzieren. Auf diese Weise verspricht man sich, bisher unheilbare Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson, Leukämie, Multiple Sklerose, Herz- und Leberkrankheiten lindern oder gar heilen zu können. Darüber hinaus sehen Wissenschaftler sogar die Möglichkeit, ganze Organe aus Stammzellen zu züchten, nun aber ohne die bekannten problematischen Abstoßungseffekte. Tausenden von Menschen könnte auf diese Weise geholfen werden, ihr Leiden gemindert, ihr Leben gerettet und verlängert werden.

Allerdings verspricht die Einschleusung von gesunden Stammzellen wie auch die Züchtung und Implantation von Organen nur dann optimalen Erfolg, wenn sie vom Organismus des Patienten stammen und sein eigenes Erbgut enthalten. Deshalb liegt es nahe, die Stammzellen durch Klonieren des Genoms des Kranken selbst zu gewinnen. Das Genom irgendeiner Körperzelle des Patienten wird in eine fremde entkernte Eizelle eingebracht, diesen Klon lässt man bis zur Blastozyste heranreifen, um dann die „embryonalen“ Stammzellen entnehmen, vermehren und in die gewünschte Richtung weiterzüchten zu können.

Zwar gibt es auch die Möglichkeit, genidentische Stammzellen aus dem Organismus des erwachsenen Patienten selbst, sogenannte „adulte“ Stammzellen, zu entnehmen. Ihr genetisches Programm könnte auf das Stadium pluripotenter, ja sogar totipotenter Zellen „zurückgeschraubt“ werden, um sie dann in die gewünschte Richtung zu manipulieren. Aber diese Methode wird von vielen Wissenschaftlern als aufwendiger und riskanter eingeschätzt. Die Forschung daran gilt als unzuverlässiger als die Arbeit mit embryonalen Stammzellen. Das Hauptargument gegen die Beschränkung der Forschung auf adulte Stammzellen lautet aber vor allem: Um adulte Stammzellen reprogrammieren zu können, müsse man noch sehr viel mehr über die Entwicklungs- und Differenzierungsvorgänge wissen, und dies lasse sich nur an embryonalen Stammzellen studieren.

Quelle: Stephan Ernst, *Stammzellenforschung und Embryonenschutz*, in: *Stimmen der Zeit*, September 2001, S. 579f.

(Siehe auch Grafik auf Seite 22)

Leitsätze zum Schnittbereich von Biomedizin (-technologie) und Theologie

1. Man kann und muss über die moralisch-ethische Vertretbarkeit, Erlaubtheit oder gar Empfehlbarkeit biomedizinischer Techniken (Reproduktionsmedizin, Klonung, Gentechnik) diskutieren, weil Wert und Würde des Menschen durch sie gewahrt oder aufs Spiel gesetzt werden können und weil angesichts globalisierter Forschung keine Institution durch rein autoritative Weisungen Verbote aussprechen kann, es sei denn, sie brächte dazu gewichtige Argumente vor.
2. Als Mensch ist das Wesen anzusehen, das vom Menschen durch natürliche Zeugung oder In-vitro-Fertilisierung abstammt oder durch Klonung herkommt, also über ein zur Lebensfähigkeit hinreichendes menschliches Erbgut verfügt. Diese Aussage gilt unabhängig von etwaigen Behinderungen dieses Menschen. Auch wenn ein Mensch fraglos durch sein Genom biologisch als Mensch zu identifizieren ist, ist er nicht mit seinem Genom gleichzusetzen.
3. Wenn man biologisch fixieren will, was natürlicherweise den Menschen zum Menschen macht, dann muss man vom doppelten Chromosomensatz in einer Keimzelle, also von der befruchteten Eizelle ausgehen. Es gibt in der menschlichen Ontogenese kein eindeutigeres, sichereres und präziseres Lebensanfangsdatum als die Karyogamie. Wenn man das Leben von Anfang an schützen will, sollte man nicht auf später greifende Kriterien von geringerer Plausibilität setzen (Individuation, Nidation, Ende der Organogenese, Hirntätigkeit etc.). Sie sind nicht selten auch von Vermarktungsinteressen am Lebensanfang bestimmt.
4. Der Schutz menschlichen Lebens hat also dort zu beginnen, wo eine totipotente Zelle mit doppeltem Chromosomensatz gegeben ist, und zwar unabhängig davon, ob die Totipotenz und Diploidie durch natürliche oder

künstliche Fertilisierung einer Eizelle erreicht wurde oder durch Despezialisierung des Kerns einer ausdifferenzierten somatischen Zelle bei ihrer Implantierung in eine entkernte Eizelle. Dieser Schutz muss auch für die kryokonservierten, der In-vitro-Fertilisierung entstammenden Waisen gelten. Die diploide totipotente Zelle ist der *terminus a quo*, von dem an menschliches Leben zu schützen ist.

5. Wie ein Mensch „produziert“ wurde, kann also nicht relevant für die Anerkennung seines Rechtsstatus als Mensch sein. Gleichwohl kann nicht unterschiedslos jede „Produktionsart“ als ethisch-moralisch akzeptabel oder tolerabel gelten. Schließlich nimmt auch die Zeugung eines Menschen im Akt der Vergewaltigung dem so entstandenen Menschen nichts von seiner Würde, ohne dass dadurch auch nur im Entferntesten die Vergewaltigung gerechtfertigt würde.
6. Nach dem künstlich induzierten oder natürlich ablaufenden Eindringen des Spermiums in die Eizelle folgt zunächst die mehr als zehnstündige Vorkernphase, in der väterliches und mütterliches Erbgut einander noch separiert in zwei Kernen gegenüberliegen. Die Konstituierung des individuellen diploiden Chromosomensatzes als Bedingung für das Vorhandensein schutzwürdigen menschlichen Lebens ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben. Die in Deutschland üblicherweise eingefrorenen Vorkernstadien stehen damit nicht in derselben Weise unter Schutz wie Embryonen.
7. In Bezug auf den intrauterinen wie auch auf den extrauterinen Embryo oder Fötus ist festzuhalten: Der Embryo oder Fötus entwickelt sich nicht zum Menschen, sondern als Mensch. Der Raum, in dem er sich jeweils befindet, z.B. innerhalb des Uterus oder außerhalb desselben, rechtfertigt keinen Unterschied hinsichtlich seines Schutzstatus.
8. Die derzeitige eklatante Divergenz in der Gesetzgebung bezüglich Embryonenschutz und Schwangerschaftsabbruch ist ethisch nicht zu begründen. Soll ein in vitro entstandener Embryo, für den z.B. wegen des Todes der vorgesehenen Mutter kein Embryo-

Transfer mehr möglich ist, „entsorgt“ werden, so müsste er nach geltendem Recht in einen Uterus implantiert werden, um ihn dann straffrei abtreiben zu können. Diese Absurdität wird derzeit dafür ins Feld geführt, das höhere Niveau des Embryonenschutzes gemäß Embryonenschutzgesetz auf das mindere Niveau des Abtreibungsrechts abzusenken. Die auch von den Ärzteverbänden angeprangerten Missstände im Abtreibungsrecht – z.B. die Abtreibung bis unmittelbar vor Einsetzen der Wehen – würden damit zur *Norma normans* einer Novelle des Embryonenschutzgesetzes.

9. Weder die Biologie noch die Medizin gibt uns ethische Grundsätze vor. Das Wissen darum, wie etwas gemacht werden kann, sagt uns nichts darüber aus, ob es gemacht werden soll und darf oder nicht. Propagiert wird häufig die Vulgärlogik: Erlaubt ist, was gelingt, der Erfolg hat Recht und schafft Recht. Und: Durchgesetzt wird, was finanzielle Gewinne verspricht. Bereitstehende Forschungseinrichtungen und das Vorhandensein von Forschungsgeldern sind schon wegen des Phänomens der „Drittmittelprostitution“ kein Beleg für die Erlaubtheit und ethische Beanstandungsfreiheit einer bestimmten Biotechnologie. Schlüsse der genannten Art sind sicher ethische Fehlschlüsse.
10. Es bedarf einer außerbiologischen und außermedizinischen Instanz, um Wert und Würde des Menschen in den Blick zu bekommen und zu begründen. Mit den Mitteln der Präimplantations- und Pränataldiagnostik





allein sind Wert und Würde des Menschen prinzipiell nicht zu bestimmen. Das Grundgesetz konstituiert und konstatiert als Obernorm: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Die Festlegung auf ein bestimmtes Begründungsmuster für diese Obernorm ist – dem weltanschaulich neutralen Staat angemessen – vom Grundgesetz nicht vorgesehen. Christliche Theologie begründet Wert und Würde des Menschen aus dem Glauben daran, dass er bei allem schöpferisch-menschlichen Mittun doch Geschöpf und Bild Gottes ist und bleibt. Für diesen Wert und diese Würde des entstandenen Menschen ist es unerheblich, ob er aus Vergewaltigung, Klonung, IVF und ET, oder ob er als gentechnisch verändertes Wesen entstanden ist.

11. Die Einmaligkeit eines Menschen, auch wenn er Teil einer durch Klonung bewerkstelligten „Serienauflage“ ist, ist genau wie bei eineiigen Mehrlingen unabhängig von der Anzahl genetisch gleicher Individuen. Sie resultiert, theologisch gesprochen, im letzten aus seiner Einmaligkeit und Unvertretbarkeit vor Gott. Selbst zwei zeitlebens miteinander lebende eineiige Zwillinge haben eine unverwechselbar unterschiedliche Biographie. Bei aller genetischen Gleichheit leben sie doch an unterschiedlichen Raum-Zeit-Stellen und damit in unterschiedlichen Welten mit unterschiedlichen Lebensgeschichten und träumen unterschiedliche Träume.
12. Es wird gelegentlich behauptet, wer verbrauchende Forschung an und die zerstörende Nutzung von menschlichen Embryonen zur Herstellung von Stammzellen ablehne, verhindere Therapie, er sei ein moralischer Rigorist und ein therapeutischer Zyniker. Diese Behauptung ist unhaltbar. Gegen Therapien, die zur Stammzellgewinnung die Tötung von Embryonen billigend in Kauf nehmen, ist auf die Nutzung adulter Stammzellen etwa aus dem Knochenmark und auf die Stammzellgewinnung aus Nabelschnurblut, Plazentagewebe etc. hinzuweisen, die Therapien ermöglichen, ohne Embryonen zu zerstören. Auch das embryonale menschliche Leben darf nicht zum ausschließlich fremdnützigen

Mittel degradiert, sondern muss als Selbstzweck respektiert werden.

13. Die Arbeit mit pluripotenten (Stamm-)Zellen, aus denen zwar bestimmte spezialisierte Gewebetypen, aber kein ganzer Mensch zu rekonstruieren ist, und die ohne Zerstörung von Embryonen gewonnen werden können, erscheint möglich. Sie sollte als Bedingung ihrer Erlaubtheit und ethischen Beanstandungsfreiheit einer therapeutischen Zielsetzung dienen und einer weisungsbefugten Ethik-Kommission, die nicht nur aus Naturwissenschaftlern besteht, zur Prüfung vorgelegt werden.
14. Wie weit die gentechnische Veränderung des Menschen zu einem Hybridwesen mit natürlich vorkommenden oder künstlich erzeugten Gen-Sequenzen gehen kann, ohne den Status des Menschseins zu zerstören, ist nicht absehbar. Beim derzeitigen Kenntnisstand unverantwortlich erscheint ein Eingriff in Keimbahnzellen, durch den auch die Nachkommen des so veränderten Menschen verändert würden. Der gentechnische Eingriff soll sich also ausschließlich auf somatische Zellen bei strenger therapeutischer Zielsetzung beschränken.
15. Die Theologie muss derzeit den Weg vom faktischen Forschungsgegenstand zur Erhellung des ethisch Normativen gehen, ohne irgendeiner behaupteten Normativität des Faktischen den Segen zu erteilen (Normalisten-Normativisten-Diskussion). Dass die ethische Bewertung sehr oft zeitlich gesehen sekundär ist, darf nicht dahingehend missverstanden werden, sie sei es auch bedeutungsmäßig. Alleinvertretungsansprüche der biomedizinisch tätigen Forschung und Industrie sind nicht gerechtfertigt, Ethikbegründungen per Mehrheitsbeschluss unzureichend, Letztbegründungen der Theologen und Philosophen vielleicht nicht möglich oder nur schwer vermittelbar. Versuche dieser Art sind aber nötig zur Konstituierung und Stabilisierung humaner Ethikstandards.

Quelle: Ulrich Lüke, *Der Mensch – schon zu Beginn am Ende?*, in: *Dokumentation der Ärztetagung des Erzbistums Paderborn*, 17. November 2001





CHRONIK

Wichtige Etappen der Fortpflanzungsmedizin, der Genetik und Gentechnik, der Zellbiologie und der Organtransplantation

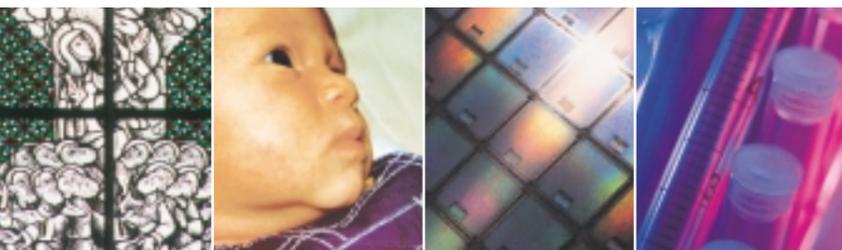
- 1790** Abt Lazzaro Spallanzani überträgt in Pavia einer Hündin auf künstlichem Weg Samen. Das zeigt, dass Säugetiere Nachkommen ohne natürliche Paarung bekommen können.
- 1865** Johann Gregor Mendel veröffentlicht seine Erkenntnisse zur Genetik, die aber bis 1900 unbeachtet bleiben.
- 1883** Francis Galton, ein Vetter Darwins, spricht von Eugenik als der Wissenschaft von der Verbesserung des menschlichen Erbgutes; er zielt auf Beschränkungen bei der Fortpflanzung Geisteskranker.
- 1895** Alfred Ploetz fordert, missgebildete Kinder zu töten.
- 1902** Der Zoologe Hans Spemann (Freiburg) teilt einen erst zweizelligen Salamanderembryo; beide Zellen wachsen zu genetisch identischen Tieren (Klonen) heran. Nach mehr als hundert Versuchen entwickeln sich 35 Embryonen und 27 Kaulquappen. Aus keinem Klon wird jedoch ein lebensfähiger Frosch.
- Um 1910** Der Biologe Thomas Hunt Morgan (USA) entdeckt die Anordnung von Genen auf Chromosomen/Die Fächer Eugenik und „Rassenhygiene“ erleben einen Aufschwung.
- Nach 1939** In deutschen Kliniken und Lagern zahlreiche tödliche Menschenversuche.

- 1944** Die erste Befruchtung menschlicher Eizellen im Reagenzglas durch die Amerikaner Menkin und Rock.
- 1953** Francis Crick (Großbritannien) und James Watson (USA) erkennen die Doppelhelix-Struktur der DNA (Nobelpreis 1962).
- 1962** Auf dem Londoner Ciba-Symposium befürworten prominente Forscher eugenische und selektive Fortpflanzungstechniken, etwa eine Samenbank der Nobelpreisträger.
- 1970** Beginn der vorgeburtlichen Diagnostik in Deutschland.
- 1972** Erstmals werden lebende Mäuse aus gefrorenen Embryonen hervorgebracht; zwölf Jahre später kommt in Australien das erste Mädchen zur Welt, das im Embryonalstadium eingefroren war/Das DFG-Programm „Pränatale Diagnostik genetisch bedingter Defekte“ beginnt (bis 1978).
- 1977** Erstes Klonen eines menschlichen Gens.
- 1978** Louise Brown, das erste von bisher mehr als 300000 „Retortenbabys“, wird in England geboren/Klonierung von Genen für die Insulintherapie bei Menschen/Beginn der kritischen Debatte über die Grenzen der Fortpflanzungsmedizin und Humangenetik.
- Nach 1980** Beginn der Bemühungen, Zellen und Gene patentieren zu lassen/Arbeit an künstlichen Organen bis hin zu künstlichen Chromosomen.
- 1984** Das erste Klonen von Säugetieren durch Stehen Willadsen (Dänemark), der die Zelle eines Schafembryos mit einer entkernten, unbefruchteten Eizelle zusammenbringt. Später zeigt er, dass eine Eizelle die Entwicklung einer Körperzelle reprogrammieren kann. Die Bundestags-Enquetekommission zur Gentechnik nimmt ihre Arbeit auf (bis 1990).

- 1986** Klonierung von Schafen und Kälbern durch Teilung embryonaler Zellen/Krankheitsauslösende Gene werden auf Chromosomen lokalisiert.
- 1987** In Schweden wird erstmals Hirngewebe abgetriebener menschlicher Embryonen für Parkinson-Kranke verwendet.
- 1988** Das Humangenom-Projekt zur Entschlüsselung des menschlichen Genoms beginnt.
- 1990** Der Deutsche Bundestag verbietet die verbrauchende Embryonenforschung und das Klonen/Am National Institute of Health in Bethesda (USA) wird die erste Gentherapie an einem Menschen versucht.
- 1993** Jerry Hall (USA) teilt menschliche Embryonen in Zellen; die entstehenden Klone werden im 32-Zell-Stadium getötet.
- 1995** Klaus Diedrich (Lübeck) beantragt (erfolglos) eine Erlaubnis zur gesetzlich verbotenen Präimplantationsdiagnostik.
- 1997** Die Firma PPL und das Roslin-Institut (Schottland) geben die nach 277 Versuchen gelungene Erzeugung des geklonten Schafes Dolly aus erwachsenen Euterzellen bekannt/Die führenden deutschen Forscher stellen sich klar gegen das Klonen von Menschen/Der Reproduktionsmediziner Richard Seed (USA) kündigt an, er werde Menschen klonen.
- 1999** Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) lehnt es in einer Stellungnahme ab, embryonale Stammzellen herzustellen und zu verwenden.

- 2000** Die Leiter des Humangenom-Projekts erklären, fast das gesamte menschliche Genom entschlüsselt zu haben/Der Bundestag setzt eine Enquetekommission über Recht und Ethik der modernen Medizin ein/Das Europäische Patentamt erteilt versehentlich ein Patent auf geklonte embryonale menschliche Stammzellen/Das Europäische Parlament widerruft ein Patent auf geklonte embryonale menschliche Stammzellen/John Gearhart erklärt, erstmals neue Stammzellen, die sonst meist von Embryonen gewonnen werden, im Labor vermehrt zu haben. Das britische Unterhaus erlaubt am 19.12. das therapeutische Klonen/Die Ethikgruppe der EU-Kommission, Bundestagsexperten und Kirchensprecher äußern sich ablehnend.
- 2001** Die DFG befürwortet die kontrollierte Nutzung embryonaler Stammzellen, lehnt aber das therapeutische Klonen weiter ab. Durch gegensätzliche Reaktionen von Bundespräsident Rau und Bundeskanzler Schröder und die unterschiedlichen Positionen zahlreicher Experten wird die öffentliche Debatte stark angeregt/Schröder beruft einen Nationalen Ethikrat mit 25 Mitgliedern ein.

Quelle: Matthias Gierth (Hg.), Wer bist du Mensch? Der Streit um therapeutisches Klonen, München 2001, S. 11-16 (zusammengestellt von Eckart Klaus Roloff)



3.1.1 Therapeutisches Klonen

Herausforderungen einer neuen Technologie

Seit der Nachricht von der Geburt des Schafes „Dolly“ 1997, das durch die Verschmelzung einer ausdifferenzierten Körperzelle eines erwachsenen Schafes mit einer zuvor entkerneten Eizelle hergestellt worden war, hat sich die gesellschaftliche Debatte zum Thema „Klonen“ verschärft und verbreitert. Zwar beschränken sich die Anwendungen der verschiedenen Verfahren des Klonens bisher weitgehend auf Tiere, doch ist spätestens seit der Diskussion um das sogenannte therapeutische Klonen und den Ankündigungen einiger Reproduktionsmediziner, durch das Klonen unfruchtbarer Paare zu „eigenen“ Kindern verhelfen zu wollen, deutlich geworden, dass die verschiedenen Techniken des Klonens grundsätzlich auch beim Menschen angewendet werden können.

Der Begriff Klonen (vom gr. [klon]: Zweig, Schößling) bezieht sich auf unterschiedliche Verfahren und Techniken, deren Ziel es ist, ein genetisch identisches Duplikat eines einzelnen Fragments des Erbmoleküls DNS (Desoxyribonukleinsäure), einer einzelnen Zelle oder sogar eines ganzen Organismus herzustellen. Eine solche Form der Fortpflanzung, bei der das Erbgut eines Organismus unverändert auf die Nachkommen weitergegeben wird, kommt als ungeschlechtliche (asexuelle) Vermehrung von Natur aus sowohl bei Pflanzen und Tieren als auch dem Menschen (eineiige Zwillinge) vor. Als Technik der Vermehrung unterscheidet sich Klonen je nach Vorgehensweise mehr oder weniger grundlegend von der normalen geschlechtlichen Fortpflanzung. Bei der Erzeugung von Mehrlingen (Embryonen-Splitting) schaltet die Klontechnik „nur“ die Zufallsbedingtheit des natürlichen Geschehens aus, indem genetisch identische Mehrlinge ganz gezielt erzeugt werden. Was ist Klonen?

Künstliche Mehrlingsbildung („Embryonen-Splitting“)

Die Bildung eineiiger Mehrlinge, zwischen denen weitgehende genetische Identität besteht, ist beim Menschen ein natürliches Phänomen und kann sich auf verschiedene Weise vollziehen. So können sich einzelne Zellen vom frühen Embryo abtrennen und je einen

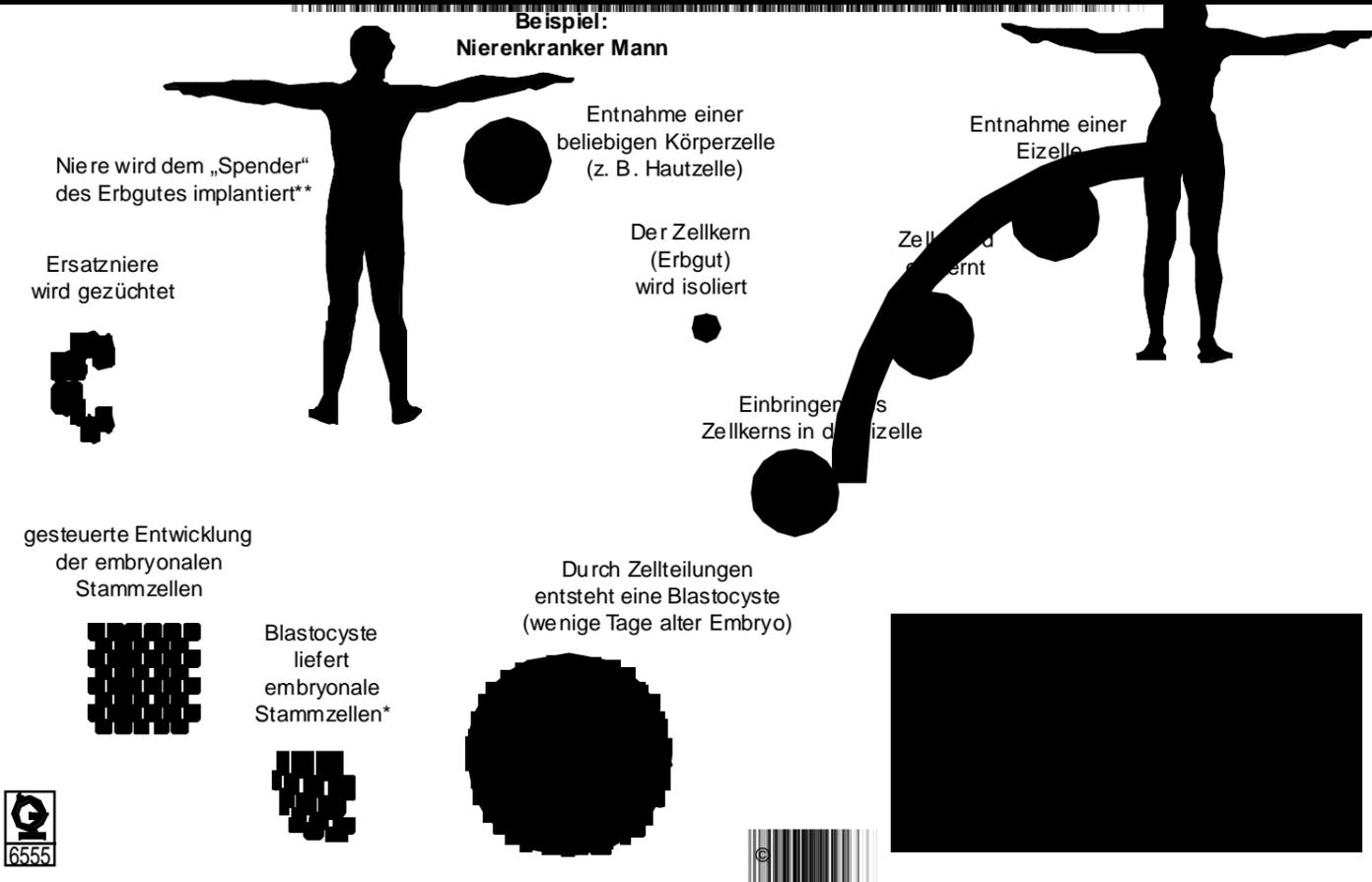
weiteren Embryo bilden. Dieser Vorgang kann im Labor nachvollzogen und zur Vermehrung künstlich erzeugter Embryonen benutzt werden. Dabei kann sich beim Menschen wahrscheinlich bis zum so genannten 6-8-Zell-Stadium jede einzelne Zelle zu einem vollständigen Embryo entwickeln. Solche Zellen werden deshalb als „totipotent“ bezeichnet. Die Totipotenz erlischt in späteren embryonalen Stadien, wenn sich die Entwicklungsfähigkeit der einzelnen Zellen zunehmend einschränkt. Zellen, die zwar noch zur Bildung sämtlicher im Organismus vorkommender Zelltypen, nicht jedoch zur Bildung eines Embryos fähig sind, bezeichnet man als „pluripotent“.

Klonen durch Zellkerntransfer („Dolly-Methode“)

Bei dieser Form des Klonens wird der Zellkern einer ausgereiften Körperzelle auf eine zuvor entkernete Eizelle übertragen. Eine so behandelte Zelle kann zu einem Embryo ausreifen. Wird dieser in den Uterus einer Leihmutter übertragen und nistet sich dort in die Gebärmutter-schleimhaut ein, kann sich aus dem Embryo ein Organismus entwickeln, der mit dem Spender des Erbguts genetisch identisch ist.

Mit dieser Methode wurde 1997 das Schaf „Dolly“ erzeugt: Der Zellkern eines erwachsenen Schafs wurde in eine entkernete Eizelle von einem dritten Schaf als „Leihmutter“ ausgetragen. Bei der Anwendung dieses Verfahrens beim Menschen sollen die auf diesem Wege erzeugten Embryonen als Quelle für die Gewinnung menschlicher embryonaler Stammzellen dienen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass die Embryonen bei der Entnahme der Stammzellen zerstört werden.

Bei der geschlechtlichen Vermehrung ist wegen der Durchmischung (Rekombination) der Erbanlagen weder die genetische Ausstattung der Nachkommen vorhersehbar, noch weiß man, welche Ausprägung die Gene im Organismus erhalten. Anders bei der Methode „Dolly“: Hier sind die Gene bekannt, soweit man sie bei dem Organismus, der als Zellkern-spender benutzt wurde, analysiert hat. Ferner lassen sich die Körperzellen, aus denen der Zellkern entnommen wird, im Reagenzglas kultivieren und – z. B. durch die Einführung zusätz-





licher Erbanlagen – genetisch verändern. Deshalb ergeben sich durch diese Technik des Klonens spektakuläre Anwendungsmöglichkeiten: Es wird möglich, ganz gezielt gewünschte bzw. unerwünschte Eigenschaften (Produktion interessanter Eiweiße, Gewebe(un)verträglichkeiten, Krankheiten) bei einem geklonten Abkömmling zu erzeugen bzw. zu unterdrücken.

Sind alle Klone gleich?

Die Antwort auf die Frage nach der genetischen Identität von Klonen ist abhängig von dem Verfahren, das zur Bildung der Klone führte. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass Mutationen und Veränderungen der Chromosomen, die nach dem Zeitpunkt auftreten, an dem der Klonvorgang durchgeführt wurde, zu genetischen Abweichungen zwischen den Klonen führen können. Ferner gilt, dass die Ausprägung der Erbanlagen im entwickelten Organismus wesentlich auch von Umgebungsfaktoren beeinflusst wird.

Beim Klonverfahren durch Zellkerntransfer („Dolly-Methode“) treten weitere mögliche Quellen für genetische Abweichungen hinzu. So erfasst dieses Verfahren in erster Linie das im Zellkern enthaltene Erbgut. Ein kleiner Teil des Erbmaterials liegt in der Zelle jedoch außerhalb des Zellkerns in anderen Zellbestandteilen vor. In diesem Anteil des Genoms kann es zu Abweichungen zwischen den Klonen kommen. Darüber hinaus ist über die Folgen der Wechselwirkungen zwischen dem Spendererbgut und der neuen Umgebung in der Eizelle noch wenig bekannt.

Welche Anwendungen werden mit dem Klonen verfolgt?

Zu den Anwendungsfeldern von Klonverfahren zählt die Bereitstellung von Zelllinien und Versuchstieren, die als Studienobjekte in der biologischen, medizinischen und pharmazeutischen Grundlagenforschung eingesetzt werden können. Weiterhin kann das Klonen von Tieren in der landwirtschaftlichen Tierproduktion eingesetzt werden. Ein neues Feld eröffnet sich mit der Möglichkeit, durch das Klonen genetisch veränderte Tiere herzustellen, die durch ein eingeschleustes Gen pharmazeutisch wirksame Eiweiße produzieren können, welche sich z. B. bei Kühen aus der Milch isolieren lassen (so

genanntes „gene farming“). Ferner wird diskutiert, Klonverfahren zum Zweck der Erhaltung bedrohter Arten oder gar zur „Wiederbelebung“ ausgestorbener Species einzusetzen. Der Einsatz von Klontechniken in der Grundlagenforschung und beim Menschen soll im Folgenden etwas näher beleuchtet werden.

Anwendungen in Grundlagenforschung und Medizin

Geklonte embryonale Stammzellen und Organismen, die möglicherweise zudem genetisch verändert wurden, sind für die Forschung als Studien- und Versuchsobjekte interessant, weil hier ein definiertes Erbgut beliebig oft kopiert und bei Bedarf auch gezielt verändert werden kann. Im Rahmen der biologischen und medizinischen Grundlagenforschung soll aufgeklärt werden, wie die genetische Ausstattung die Entwicklung und Physiologie des Organismus steuert und welchen Beitrag einzelne Gene dazu leisten. Aus diesem Wissen sollen auch ein tiefergehendes Verständnis der molekularen Ursachen von Krankheiten und neue Methoden zu ihrer Bekämpfung gewonnen werden.

Anwendungen für neue Therapien: „Therapeutisches Klonen“

Die Klonierung von DNS-Molekülen und das Klonen von Zelllinien sind inzwischen Standardverfahren in biomedizinischer Forschung, Diagnose und Therapie.

Darüber hinaus zielen eine Reihe von Forschungsansätzen auf die Entwicklung künstlich erzeugter Organ- oder Gewebeteile zur Herstellung von Transplantaten. Der Mangel an geeigneten Spenderorganen für die Organtransplantation entsteht u. a. deshalb, weil transplantiertes Fremdgewebe von Natur aus durch das Immunsystem des Empfängers abgestoßen wird. Um dies auszuschließen, will man Gewebe aus genetisch identischen Stammzellen herstellen, die vom Empfänger stammen. Dazu sollen unter Verwendung eines Zellkerns des zukünftigen Transplantatempfängers mit dem „Dolly“-Verfahren Embryonen hergestellt werden. Dabei bricht man deren Entwicklung zu einem bestimmten Zeitpunkt ab, um embryonale Stammzellen (ES-Zellen) zu entnehmen, welche unter diesen Umständen mit dem Spender des Zellkerns genetisch identisch sind. Diese pluripotenten ES-Zellen entwickeln sich



in Gegenwart bestimmter Wachstumsfaktoren im Nährmedium zu nahezu allen verschiedenen Typen von Körpergeweben (z. B. Nerven-, Muskel-, Hautzellen), die, so hofft man, als Transplantate genutzt werden können.

Alternativen für die Gewinnung von ES-Zellen, die nicht, wie bei dem genannten Vorgehen, mit einer Zerstörung von Embryonen einhergehen, werden derzeit diskutiert (z. B. aus Nabelschnurblut, aus abgetriebenen Föten oder aus dem Erwachsenenorganismus).

Der gängige Begriff „therapeutisches Klonen“ kann leicht missverstanden werden, da es sich nicht direkt um therapeutische Maßnahmen handelt, sondern um Forschungsanstrengungen mit dem Fernziel einer Heilung bestimmter Krankheiten.

Quelle: Akademie für Technologiefolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Kurzinfo: Klonen. Stand der Forschung – Ethische Diskussion – Rechtliche Aspekte, Stuttgart o. J.

(Siehe auch Grafik auf Seite 21)

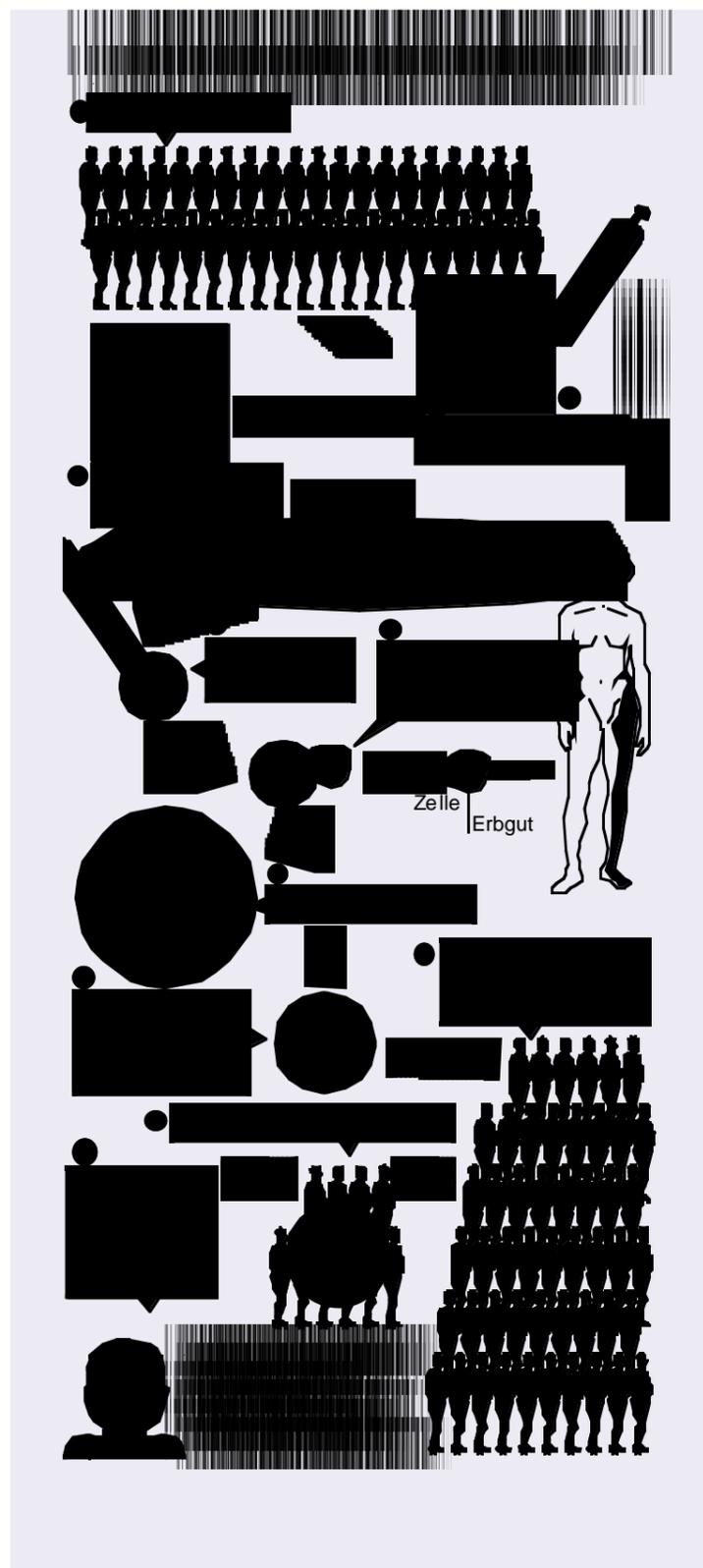
3.1.2 Reproduktives Klonen

Anwendungen für die Fortpflanzung

Klonverfahren sollen darüber hinaus etablierte Methoden der künstlichen Fortpflanzung verbessern. Im Falle einer Befruchtung im Reagenzglas (In-Vitro-Fertilisation) könnte beispielsweise Patientinnen effizienter geholfen werden: durch ein Embryo-Splitting werden aus den Abkömmlingen einer befruchteten Eizelle mehrere Embryonen gebildet, die eingefroren für weitere Übertragungen als „Reserve“ zur Verfügung stehen könnten.

Solche Klone des frühen Embryos sind auch für die Präimplantationsdiagnostik (PID) von Interesse. Der Klon wird auf das Vorliegen einer Erbkrankheit hin untersucht. Das Ergebnis der Diagnose entscheidet dann darüber, ob die Ausgangszelle zur Einleitung einer Schwangerschaft in die Gebärmutter übertragen wird oder nicht.

Darüber hinaus halten es manche Wissenschaftler für möglich, das reproduktive Klonen



mittels Kerntransfer als gänzlich neue Methode künstlicher Fortpflanzung einzusetzen. Dadurch würde es möglich, unfruchtbaren Paaren, bei denen andere Formen der Infertilitätstherapie nicht ansprechen, zu „eigenen“ Kindern zu verhelfen. Mit dieser Klontechnik ist auch die Vorstellung verbunden, man könne seine „eigene“ Existenz über den Tod hinaus fortführen oder aber Menschen reproduzieren, an deren genetische Eigenschaften bestimmte Hoffnungen geknüpft werden. Auch über die Erzeugung eines Klons zu Spenderzwecken (Knochenmark, Blut, Organe usw.) wird nachgedacht.

Quelle: Akademie für Technologiefolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Kurzinfo: Klonen, Stand der Forschung. Ethische Diskussion. Rechtliche Aspekte, Stuttgart o. J.

3.2 Kriterien und Argumente in der Diskussion

Zentralkomitee der deutschen Katholiken: Orientierungen im Zeitalter der Biomedizin

Die christliche Ethik beinhaltet Aussagen, die allgemeine Gültigkeit beanspruchen und vor der Vernunft bestehen können. Im Folgenden werden nun einige Orientierungen für das Zeitalter der Biomedizin benannt, die sich aus dem christlichen Menschenverständnis ergeben und die einen Beitrag zu der erforderlichen Diskussion leisten wollen.

1. Die Würde des Menschen als Ebenbild Gottes ist unantastbar. In der Bibel wird die Würde des Menschen so unvergleichlich hoch geschätzt, dass er als Ebenbild Gottes bezeichnet wird. Von Gott ins Dasein gerufen, ist menschliches Leben vom Moment der Zeugung bis zu seinem Tod Mensch. Jede Grenzziehung ist willkürlich.

Die Menschenwürde bedeutet, dass der Mensch nie allein Objekt werden, nie allein als Mittel zum Zweck dienen darf, sondern immer Subjekt bleiben muss. Dies ist die Basis unserer Verfassung und des Völkerrechts, wie etwa der europäischen Menschenrechtskonvention.

2. Das menschliche Leben ist der Verfügbarkeit des Menschen entzogen. Das Lebensrecht

gründet nicht in der Gesundheit, in Leistungen oder in einzelnen Fähigkeiten des Menschen wie z.B. Rationalität, Zeit- oder Selbstbewusstsein. Niemand darf sich daher zum Richter erheben und darüber urteilen, wer lebenswert oder lebensunwert ist.

3. Das menschliche Leben ist unteilbar. Menschliches Leben entwickelt sich nicht zum Menschen, sondern als Mensch und ist deshalb Mensch von Beginn an. Biologisch beginnt das menschliche Leben als Zygote (befruchtete Eizelle) mit doppeltem Chromosomensatz in der Verschmelzung von Samen- und Eizelle – unabhängig von der Art seines Zustandekommens. Zu diesem Zeitpunkt liegt ein Lebewesen vor, das, wenn es sich entwickelt, gar nichts anderes entfalten kann als ein Mensch. Mit Blick auf Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstachtung ist festzuhalten, dass sich die vorgeburtliche Phase und der erste Lebensabschnitt des geborenen Kindes nur graduell unterscheiden.

4. Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Gene oder Neuronen. Eine Reduktion des Menschen auf seine genetischen und neuronalen Anlagen vernachlässigt die soziale, psychologische und religiöse Dimension des Menschen. Erfülltes und gelingendes Leben ist nicht abhängig von medizinischer Perfektion.

5. Der christliche Glaube stellt Menschen mit Behinderungen, Krankheiten und Benachteiligungen in den Mittelpunkt. Ihnen galt Jesu besondere Zuwendung. Am Kreuz teilte er ihr Schicksal. Wo es möglich ist, sind Krankheiten zu heilen. Deshalb ist medizinische Forschung geboten. Leid darf man im Namen Jesu nicht verherrlichen. Ebenso gilt: Menschen, die leiden, bedürfen unserer liebenden Aufmerksamkeit.

Es darf nicht so weit kommen, dass Menschen sich für Erkrankungen oder ein behindertes Kind rechtfertigen müssen. Kein Mensch darf im Bereich der Genetik zur Diagnose gezwungen werden. Ergebnisse der genetischen Diagnostik können so einschneidende Konsequenzen für den Betroffenen haben, dass eine solche Diagnose nur nach Einwilligung erfolgen darf und es das Recht geben muss, darauf zu verzichten.



6. Der Mensch bedarf der Erlösung. Sie kann nach christlicher Überzeugung nur von Gott kommen. Manche Forscher erwecken mit ihren Verheißungen den illusionären Eindruck, dass der Mensch selbst sein Schicksal vollständig in den Händen hält und sich für sein größtmögliches Glück entscheiden kann. Unheilbare Krankheiten, Behinderung und Sterben werden damit nicht als Dimensionen menschlichen Lebens begriffen, sondern als stets abwendbares Übel. Fast-religiöse Verheißungen der Medizin oder Technik sind realitätsferne Illusionen, die fatale Wirkungen für unseren Blick auf das tatsächliche Leiden von Menschen und die Annahme von Krankheit und Behinderung haben.

7. Biomedizinische Fortschritte müssen dem Wohl der Patienten dienen. Nicht nur die Kritiker, sondern auch die Befürworter des biomedizinischen Fortschritts müssen die Gründe für ihr Handeln offen legen. Der Primat der biomedizinischen Entwicklung darf nicht Lifestyle-Medikamenten, sondern muss der Bekämpfung von schwerwiegenden Krankheiten verpflichtet sein. Ein gerechtes Gesundheitssystem muss den Menschen den gleichen Zugang zu Forschungsergebnissen ermöglichen und auf die gerechte Verteilung medizinischer Leistungen in der Einen Welt achten.

8. Jeder Mensch ist für sein Handeln verantwortlich. Ethik kann nicht delegiert werden. Gott hat den Menschen als freies und verantwortliches Wesen geschaffen. Die Verantwortung des Menschen für sein Handeln kann ihm niemand abnehmen. Dies gilt selbstverständlich für alle, ob Forscher, Anwender oder Nutzer: alle Beteiligten müssen sich ein Urteil bilden.

9. Der Staat ist auf die Menschenwürde verpflichtet. Er muss sich innerstaatlich und international dafür engagieren, dass die Menschenwürde nicht der Forschungsfreiheit und Marktinteressen geopfert wird. Der Staat kann dies nur leisten, wenn seine Bürger solche Auffassungen unterstützen. Ökonomische Interessen

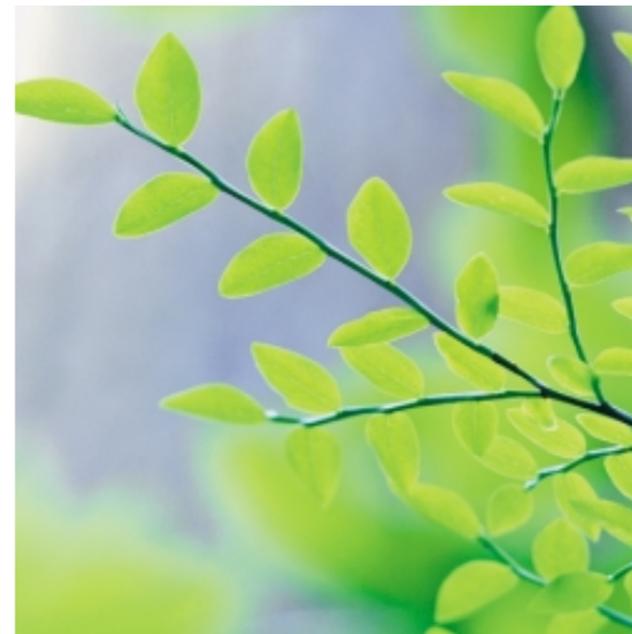
dürfen nicht die Grenzen der biotechnischen Forschung definieren. Dies widerspräche der gesamten demokratischen Tradition, die ja gerade darauf hinstrebt, die ökonomischen Prozesse politisch zu gestalten.

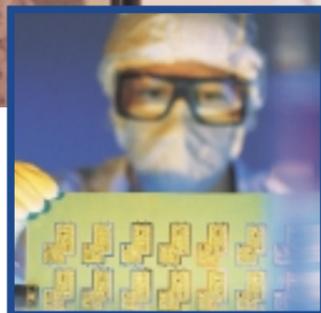
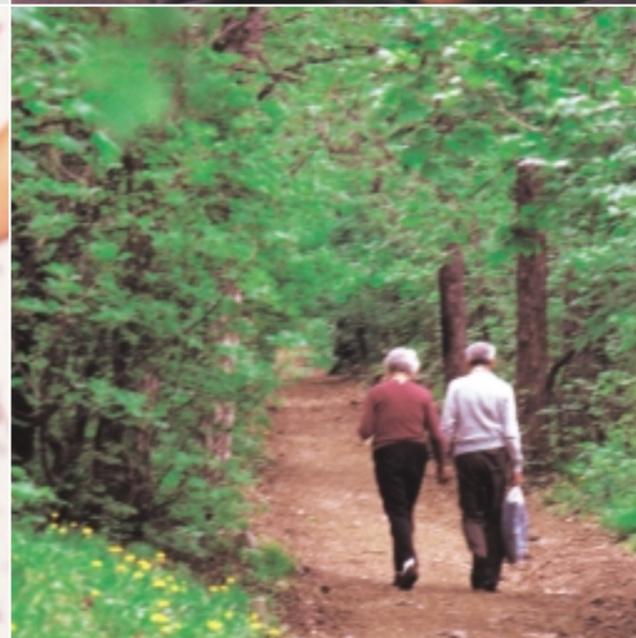
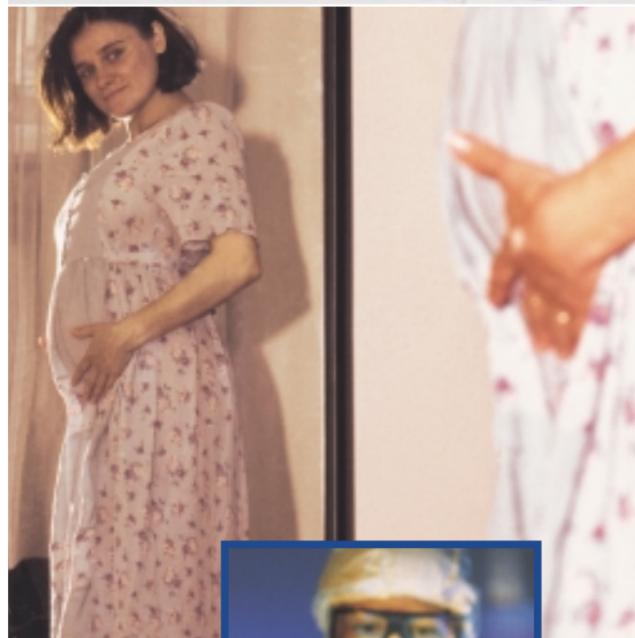
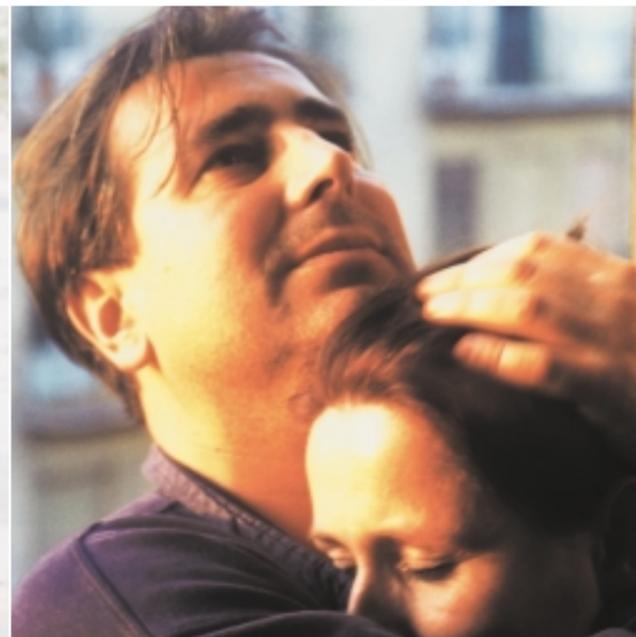
Quelle: Der biomedizinische Fortschritt als Herausforderung für das christliche Menschenbild. Diskussionsanstoß des kulturpolitischen Arbeitskreises des ZdK zum »Jahr der Lebenswissenschaften«, in: Zentralkomitee der deutschen Katholiken, Berichte und Dokumente 115 (2001), S. 8 ff.

**Eberhard Schockenhoff:
Einspruch im Namen der Menschenwürde**

Gerade die Erkenntnisse der modernen Embryologie und Genetik bewogen den deutschen Gesetzgeber bei der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes dazu, menschliches Leben von Anfang an, das heißt ab der Verschmelzung von Ei und Samenzelle, in den Schutzbereich der Menschenwürde einzubeziehen. Das menschliche Leben ist damit schon in seinen Anfangsstadien einer Güterabwägung entzogen. Eine solche Abwägung auch nur in Ausnahmefällen zuzulassen liefe auf eine willkürliche Ungleichbehandlung von Menschen hinaus, wie sie in unserer demokratischen Rechtsordnung durch das Achtungsgebot der Menschenwürde, den Gleichheitsgrundsatz und das Tötungsverbot ausgeschlossen wird. Für die Anerkennung des Lebensrechts ist es nämlich unerheblich, an welchem Zeitpunkt seiner individuellen Existenz ein Mensch sich befindet, ob er als Zygote, als Embryo, als neugeborener Säugling, als junger Erwachsener oder als alternder Mensch existiert. Der ethische Grundsatz, jeden anderen Menschen in seinem individuellen Sosein anzuerkennen, verträgt keine Abschwächung. Er fordert vielmehr auch dort Anerkennung, wo ihm die gesundheitlichen Interessen nachfolgender Generationen, forschungspolitische Standortüberlegungen oder ökonomische Nutzenerwägungen entgegenstehen.

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23. April 2001





Jörg Splett:

Der unwiderrufliche qualitative Schritt

Samenzelle und Ei sind keine Menschen, das ist klar. Aber mit der Verschmelzung vollzieht sich ein unwiderruflicher qualitativer Schritt aus einem „was“ zu einem „wer“. Dieses „Wunder“ mag man dann Schöpfung oder Emergenz nennen. Jedenfalls entwickelt sich ab diesem Zeitpunkt „Jemand“ in einem kontinuierlichen Prozess zu einem ausgewachsenen Menschen. Entwicklungsstufen in diesem Prozess sind immer schon solche dieses „Jemands“. Wann später sollte hier „Etwas“ zu „Jemand“ werden?

Natürlich soll man für Kranke alles tun, was möglich ist. Wo ich aber nur helfen kann um den Preis, dass ich einen unschuldigen Anderen umbringe, ist die Grenze überschritten. Ich kann keinen Dritten opfern, um einen Menschen zu heilen. Das läuft letztlich darauf hinaus, dass der Zweck die Mittel heiligt. Mit dem Einfrieren eines Embryos wird künstlich der Entfaltungsweg eines Menschen durch Unterkühlung gestoppt. Tatsächlich habe ich da einen werdenden Menschen kalt gestellt. Man sollte im übrigen nicht nur von „menschlichem Leben“ sprechen, denn das trifft auch auf ein menschliches Krebsgeschwür zu. Hier geht es um Menschen in einem ersten, rudimentären Stadium.

Quelle: KNA, 5078, 26. Mai 2001 (redaktionell gekürzt)

Vittorio Hösle: Heilung um jeden Preis?

Aber warum sollte man Embryonen Grundrechte zusprechen – nun moralisch, nicht mehr positivrechtlich gefragt? Das entscheidende Argument ist denkbar einfach: Auch wenn man dahingehend argumentieren kann, dass die Sonderstellung des Menschen im Kosmos durch bestimmte moralische Akte begründet wird, die erst beim Erwachsenen eintreten, erkennen zwar nicht alle Kulturen, aber doch alle von universalistischen Rechtsprinzipien geprägten, ein Lebensrecht des Kindes an. Dieses lässt sich nur damit begründen, dass das Kleinkind identisch ist mit dem späteren Erwachsenen, dass es potenziell jene Eigenschaften hat, die die Grundrechtsfähigkeit des Erwachsenen konstituieren. Wie kann man aber dem geborenen Kleinkind Grundrechte zuspre-

chen, sie aber dem Fötus oder dem Embryo bestreiten? Das ist die eigentliche Frage, auf die Nida-Rümelin wie Merkel die Antwort schuldig bleiben.

Wer eine Befruchtung verhindert, kann die Rechte eines Organismus noch nicht verletzen, der noch nicht existiert; aber wenn er ins Dasein getreten ist, setzt dieses Faktum der menschlichen Willkür weitestgehende Schranken.

Quelle: DIE ZEIT, 1. März 2001

Interview Knoche/Hüppe: Deutscher Sonderweg in Europa?

KNOCHE: Die Diskussionen, vor denen wir in den nächsten Wochen stehen, sind außerordentlich relevant. Es geht um wesentliche Weichenstellungen, noch in dieser Legislatur. Wir sollten ein deutsches Nein zum therapeutischen Klonen überhaupt nicht als Sonderweg betrachten. Es gibt viele europäische Mitgliedsstaaten, die den englischen Weg nicht mitgehen wollen und die sehr interessiert sind, sich mit uns darüber auszutauschen.

HÜPPE: Wir befinden uns in einem Kulturkampf. Nur sind sich dessen noch nicht genügend Leute bewusst. Ich werde alles versuchen, dass das christlich-jüdische Menschenbild nicht ad acta gelegt wird. Noch ist es so, dass England einen Sonderweg geht. Wie sich die Lage in Europa weiter entwickelt, wird stark von der deutschen Entscheidung abhängen. Wir müssen aufpassen, dass wir von der utilitaristischen Bewegung nicht überschwemmt werden. Allerdings: Ich bin pessimistisch, weil ich nicht geglaubt hätte, dass sich der Gesinnungswandel, der sich in den letzten Monaten gezeigt hat, so schnell vollziehen würde.

Quelle: Ethik gegen Ethik, in: Rheinischer Merkur, 2. März 2001

3.3 Position der Katholischen Kirche

Johannes Paul II.: Evangelium vitae

Die sittliche Bewertung der Abtreibung muss auch auf die neuen Formen des Eingriffs auf menschliche Embryonen angewandt werden, die unvermeidlich mit der Tötung des Embryos



verbunden sind, auch wenn sie Zwecken dienen, die an sich erlaubt sind. Das ist bei der *Durchführung von Versuchen an Embryonen* gegeben, die auf dem Gebiet der biomedizinischen Forschung in wachsender Zunahme begriffen und in einigen Staaten gesetzlich erlaubt ist. Auch wenn „die Eingriffe am menschlichen Embryo unter der Bedingung als erlaubt angesehen werden [müssen], dass sie das Leben und die Unversehrtheit des Embryos achten und dass sie nicht Gefahren mit sich bringen, die nicht verhältnismäßig sind, sondern dass sie auf die Heilung der Krankheit, auf die Wandlung des Gesundheitszustands zum besseren hin und auf die Sicherstellung des Überlebens des einzelnen Fötus ausgerichtet sind“, muss man jedoch geltend machen, dass die Verwendung von Embryonen oder Föten als Versuchsobjekt ein Verbrechen darstellt gegen ihre Würde als menschliche Geschöpfe, die dasselbe Recht haben, das dem bereits geborenen Kind und jeder Person geschuldet wird.

Aus sittlichen Gründen zu verwerfen ist ebenso auch die Vorgehensweise, die – bisweilen eigens zu diesem Zweck mit Hilfe der In-vitro-Befruchtung „erzeugte“ – noch lebende menschliche Embryonen und Föten missbraucht, sei es als zu verwertendes „biologisches Material“ oder als *Lieferanten von Organen oder Geweben zur Transplantation* für die Behandlung bestimmter Krankheiten. Die Tötung unschuldiger menschlicher Geschöpfe, und sei es auch zum Vorteil anderer, stellt in Wirklichkeit eine absolut unannehmbare Handlung dar.

Quelle: Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae*, Nr. 63

Die deutschen Bischöfe: Der Mensch: Sein eigener Schöpfer?

Die biblische Sicht vom Menschen

Nach jüdisch-christlichem Glauben hat Gott den Menschen nach seinem Bild geschaffen. Das Leben des Menschen ist somit mehr als eine beliebige biologische Tatsache. Und das Leben des Menschen ist auch mehr als eine Sache, mit der man willkürlich verfahren kann. Weil Gott den Menschen nach seinem Bild geschaffen hat, ist sein Leben heilig. Das Leben ist der Verfügbarkeit des Menschen entzogen; da alle Men-

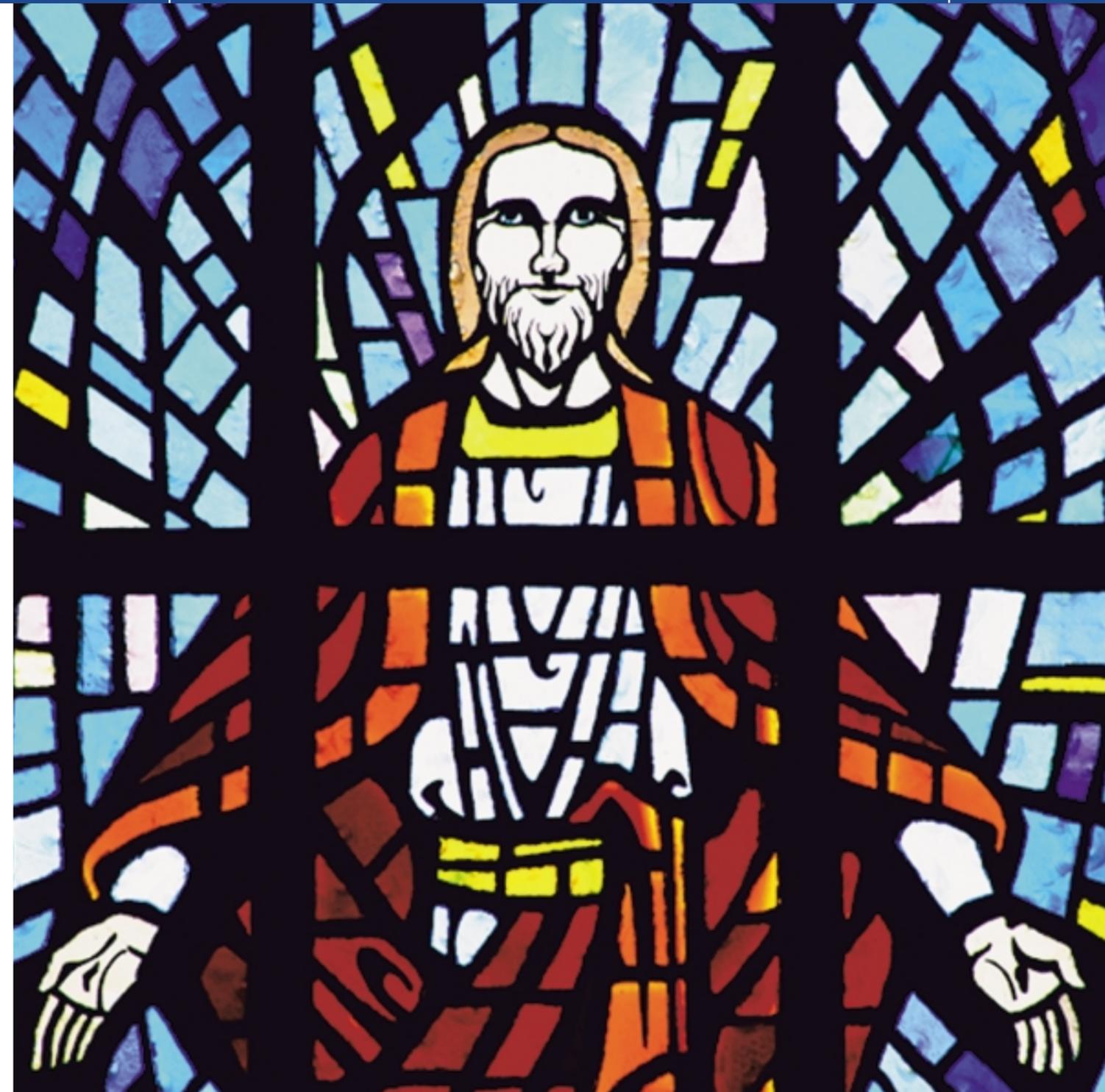
schen unter Gottes Schutz stehen, darf sich keiner am Leben des Anderen vergreifen.

Klonen

Das Ziel, Krankheiten zu heilen, die bislang nur gelindert werden konnten, verfolgt man auch mit dem so genannten „therapeutischen Klonen“. Der Ausdruck „therapeutisch“ ist hier allerdings irreführend. Einmal abgesehen davon, dass man noch gar nicht weiß, ob überhaupt und wenn ja, wann einmal auf diesem Weg Krankheiten geheilt werden, ist der Weg, auf dem man das Ziel erreichen will, ethisch unvertretbar. Dazu müssen nämlich durch Klonen menschliche Embryonen hergestellt werden. Diese dienen nur als Rohstoff zur Entnahme embryonaler Stammzellen. Dabei darf nicht übersehen werden: Beim therapeutischen Klonen wird menschliches Leben, das immer zugleich personales und von Gott bejahtes Leben ist, zum Ersatzteillager degradiert. Auch medizinischer Nutzen kann kein Verfahren mit menschlichen Lebewesen rechtfertigen, das die unantastbare Würde dieses Lebens in Frage stellt. Hier ist den deutlichen Hinweisen zu folgen, dass sich die genannten medizinischen Ziele auf anderem Wege erreichen lassen; z. B. über die Gewinnung von Stammzellen aus dem Körper des erwachsenen Menschen (adulte Stammzellen). Vom therapeutischen Klonen zu unterscheiden ist das so genannte reproduktive Klonen, also die komplette Herstellung der genetischen Kopie eines schon bestehenden Menschen.

Es verbietet sich vor allem aus zwei Gründen. Auf Grund des Herstellungsverfahrens wird dem Klon die sonst übliche Mischung mütterlicher und väterlicher Gene vorenthalten. Außerdem wird der Embryo instrumentalisiert. Er wird nicht um seiner selbst willen erzeugt, sondern mit bestimmten Absichten, als Mittel zum Zweck, z. B. als Kopie eines als besonders vorzugswürdig erachteten Menschen, vielleicht eines berühmten Zeitgenossen, oder aber als Ersatzteillager für Organspenden. Zu Recht wird dieses Verfahren weltweit geächtet. Den einzelnen Stimmen, die sich seit neuestem gegen diese Ächtung in der Wissenschaft wehren, muss entschieden widersprochen werden.

Quelle: *Der Mensch: sein eigener Schöpfer? Wort der Deutschen Bischofskonferenz zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin*, 7. März 2001 (*Die deutschen Bischöfe*, 69) S. 5ff.





4. Konfliktfall Schwangerschaftsabbruch

4.1 Zugänge

Chronik zur Entwicklung der Debatte um die Schwangerschaftskonfliktberatung durch katholische Beratungsstellen

In den **60er Jahren** entflammt in Deutschland kurzzeitig die Debatte um eine Reform des §218 StGB, die jedoch zu keinem Ergebnis führt. Das Interesse in den politischen Parteien hieran ist gering.

1962-1965: Das Zweite Vatikanische Konzil bekräftigt in der Dogmatischen Konstitution „Gaudium et Spes“ Nr. 51 die Überlieferung der Kirche, dass Abtreibung ein „verabscheuungswürdiges Verbrechen“ darstellt.

In den **70er Jahren** legen liberale Strafrechtler einen Gesetzesentwurf zur Reform des §218 vor, dem eine Fristenregelung zugrunde liegt. Dem Entwurf zufolge soll die Abtreibung straffrei bleiben, wenn sie innerhalb der ersten 3 Monate nach der Empfängnis vorgenommen wird und nachdem die Schwangere eine Beratungsstelle aufgesucht hat.

Am **26. April 1974** beschließt der Deutsche Bundestag mit 247 gegen 233 Stimmen eine Reform, der eine Fristenregelung zugrunde liegt. Das Bundesverfassungsgericht entspricht der Klage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion am **25. Februar 1975** und stellt fest, dass das sich im Mutterleib entwickelnde Leben als selbstständiges Rechtsgut unter dem besonderen Schutz der Verfassung steht.

Am **12. Februar 1976** verabschiedet der Deutsche Bundestag einen neuen Koalitionsentwurf, dem eine Indikationsregelung zugrunde liegt. Grundsätzlich ist Abtreibung demnach rechtswidrig und strafbar – vom Zeitpunkt der Einnistung in die Gebärmutter an, falls nicht besondere Gründe vorliegen. Diese Gründe, die sogenannten Indikationen, müssen so schwerwiegend sein, dass von der schwangeren Frau die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann. Solche Indikationen sind die medizinische Indikation, die so genannte eugenische Indikation, die kriminologische

Indikation und die psychisch-soziale Indikation. Mit dem veränderten Gesetz kommen neue Anforderungen auch auf die katholischen Beratungsstellen zu, nämlich die im Gesetz geregelte Pflichtberatung anzubieten. Damit sollen Frauen, die sehr ambivalent gegenüber dem ungeborenen Kind sind oder die nur im Schwangerschaftsabbruch einen Ausweg sehen, Wege zum Schutz des ungeborenen Kindes aufgezeigt bekommen. Zuvor ging es in der kirchlichen Beratungsarbeit vor allem um die Klärung von Situationen und um vielfältige Bemühungen, mit den anstehenden Problemen der Schwangerschaft und dem Zusammenleben mit dem Kind besser fertig zu werden.

3. Oktober 1990: Der Einigungsvertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der früheren Deutschen Demokratischen Republik schreibt in Artikel 31 vor, bis zum 31. Dezember 1992 eine einheitliche Regelung zum Schutz des ungeborenen Lebens zu finden, die den Schutz „besser gewährleistet, als dies in beiden Teilen Deutschlands derzeit der Fall ist“.

25./26. Juni 1992: Der Deutsche Bundestag beschließt eine neue gesetzliche Regelung für Abtreibungen. Im §218 bleibt die Strafbarkeit der Abtreibung weiterhin verankert. Jedoch hebt in der Neuregelung der §218a die im §218 ausgesprochene Missbilligung weitgehend wieder auf. Demnach ist ein Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig, wenn die Schwangere den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach §219, Abs. 3, Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens 3 Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind.

28. Mai 1993: Das Bundesverfassungsgericht stellt in einem Urteil fest, dass Teile des Gesetzes mit dem Grundgesetz nicht vereinbar sind. Das Urteil unterstreicht das Lebensrecht des Ungeborenen. Dieses Lebensrecht werde nicht erst durch die Annahme seitens der Mutter begründet.

29. September 1993: Der Bischof von Fulda, Erzbischof Dyba, untersagt den katholischen Beratungsstellen in seinem Bistum, Beratungsbescheinigungen auszustellen.

29. Juni 1995: Der Deutsche Bundestag beschließt mit Zweidrittelmehrheit die Neuregelung des §218. Abtreibungen bleiben rechtswidrig, werden aber straffrei gestellt, wenn die betroffene Frau eine Beratung bei einer staatlich anerkannten Stelle nachweist und seit der Empfängnis weniger als 12 Wochen vergangen sind. Die Vorschriften für die Beratung bleiben hinter den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zurück. Die Grenze von 22 Wochen für eine medizinische Indikation wird aufgehoben. In diesem Fall und bei der kriminologischen Indikation wird die Möglichkeit straffreier Abtreibung an keine Frist gebunden.

September 1995: Die deutschen Bischöfe erhalten einen Brief von Papst Johannes Paul II. Darin heißt es: „Die kirchliche Beratung muss in jedem Fall so erfolgen, dass die Kirche nicht mitschuldig wird an der Tötung unschuldiger Kinder.“ In Rom beginnen Gespräche einer Delegation der Bischofskonferenz mit Repräsentanten der Kurie. Ein Kommunique aus dem Jahr 1997 enthält eine Bekräftigung der „grundlegenden Einmütigkeit in der Frage der kirchlichen Lehre über die Abtreibung und den Lebensschutz sowie die Notwendigkeit einer umfassenden Hilfestellung gegenüber den Frauen in Konfliktsituationen“.

27. Mai 1997: Die deutschen Diözesanbischöfe tragen dem Papst ihre Gründe für die Fortsetzung der Tätigkeit der kirchlichen Beratungsstellen im bisherigen Umfang vor.

11. Januar 1998: Papst Johannes Paul II. bittet in einem Brief an die deutschen Bischöfe, unter Hinweis auf die Notwendigkeit eines klaren und entschiedenen Zeugnisses der Kirche bei ihrem Eintreten für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder, dass die gesetzlich geforderte Beratungsbescheinigung, die den Weg zu einer straffreien Abtreibung eröffnet, in den kirchlichen oder der Kirche zugeordneten Beratungsstellen nicht mehr ausgestellt wird. Zugleich ersucht der Papst die Bischöfe, „dies auf jeden Fall so zu tun, dass die Kirche auf wirksame Weise in der Beratung der hilfesuchenden Frauen präsent bleibt“.

2.-5. März 1998: Die Deutsche Bischofskonferenz setzt eine Arbeitsgruppe „Schwangerschaftskonfliktberatung“ ein.

Mitte 1998: Das Land Nordrhein-Westfalen spricht den katholischen Beratungsstellen die staatliche Anerkennung entgegen den gesetzlichen Regelungen und ohne nähere Begründungen lediglich für 4 Monate aus. Im Gegensatz zu den Beratungsstellen der übrigen Träger, die eine 80-prozentige Förderung des Landes erhalten, unterstützt das Land die katholischen Beratungsstellen mit 20 Prozent.

Januar 1999: Nach einer Statistik des Deutschen Caritasverbandes haben im Jahr 1997 von den insgesamt 20.097 Frauen, die sich zu Beginn einer Konfliktberatung in einer katholischen Beratungsstelle mit dem Gedanken trugen, ihr Kind nicht auszutragen, nachweislich 25 Prozent auf einen Beratungsnachweis verzichtet.

4. Januar 1999: Kardinal Ratzinger sagt in Paderborn, dass Rom „sicher nicht“ damit einverstanden sei, sollten die deutschen Bischöfe eine neue Beratungsform gefunden haben, aber an dem Beratungsschein „mit derselben Rechtswirkung“ festhalten wollen.

11. Januar 1999: Die Arbeitsgruppe beschließt einen Bericht an die Deutsche Bischofskonferenz. In dem Text werden mehrere Modelle vorgestellt und bewertet, wie dem Drängen des Papstes auf Klarheit und Eindeutigkeit des kirchlichen Zeugnisses entsprochen werden kann. Die Arbeitsgruppe favorisiert einen „Beratungs- und Hilfeplan“.

22.-25. Februar 1999: Die Frühjahrsvollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz bittet in einem internen Votum den Papst um Zustimmung zu dem „Beratungs- und Hilfeplan“. Dieser soll mit der schwangeren Frau erarbeitet werden und Perspektiven für ein Leben mit dem Kind aufzeigen. Der Plan soll rechtsverbindliche Zusagen über Hilfen für die Zeit bis zum dritten Lebensjahr enthalten. Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz sieht hierin einen „Schein anderer Art“. Das Votum der Bischöfe wird Papst Johannes Paul II. zugeleitet.

3. Juni 1999: Papst Johannes Paul II. unterschreibt den dritten Brief an die deutschen Bischöfe. Er bittet um der Klarheit des Zeugnisses der Kirche willen darum, „keine Bescheinigung“ auszustellen.



gung mehr ausstellen zu lassen, die nach dem Gesetz die notwendige Voraussetzung für die straffreie Durchführung der Abtreibung darstellt“.

23. Juni 1999: Nach der Sitzung des Ständigen Rates stellt der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz das Schreiben des Papstes und die Reaktion der deutschen Bischöfe vor. Der Beratungsschein soll um den Zusatz „Diese Bescheinigung kann nicht zur Durchführung einer straffreien Abtreibung verwendet werden“ erweitert werden. Die Bischöfe stimmen dem einmütig zu und wollen im staatlichen Beratungssystem verbleiben. Für den Fall einer möglichen Ablehnung des modifizierten Beratungsnachweises spricht der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz von der Möglichkeit einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht.

30. Juli 1999: Unter anderen fragt auch der Kölner Kardinal Joachim Meisner in Rom an, ob es der Intention des Papstes entspreche, „den Beratungsschein mit ihrem gewünschten Zusatz (diese Bescheinigung ...) zu versehen und trotzdem zu dulden, dass ihn der Staat ignoriert“.

15. September 1999: Papst Johannes Paul II. bittet die deutschen Kardinäle und den Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz zu einem Gespräch nach Rom.

18. September 1999: Im Auftrag von Papst Johannes Paul II. antworten die Kardinäle Ratzinger und Sodano in einem Schreiben an die Deutschen Bischöfe auf Anfragen nach der Intention des Papstes. Sie unterstreichen darin den Wunsch des Papstes, „dass die kirchlichen oder der Kirche zugeordneten Beratungsstellen keine Bescheinigung mehr ausstellen, die zur Durchführung straffreier Abtreibungen verwendet werden kann.“ Dem Papst liege es außerordentlich am Herzen, dass die Kirche „alles meidet, was als Doppeldeutigkeit oder Mangel an Klarheit interpretiert werden könnte“.

20.-23. September 1999: Die Deutsche Bischofskonferenz berät in Fulda über die weitere Vorgehensweise. Sie stellt fest, dass die entscheidenden Voraussetzungen für den Beschluss des Ständigen Rates vom 21./22. Juni 1999 nicht mehr gegeben sind. In der Erklärung

heißt es: „Eine Anzahl von Bischöfen spricht sich dafür aus, eine Neuordnung einzuleiten, die eine Ausstellung von Beratungsnachweisen, die straffreie Abtreibungen ermöglichen, nicht mehr vorsieht. Eine Anzahl von Bischöfen sieht sich vor einer Entscheidung für ihr Bistum verpflichtet, dem Heiligen Vater ihre verbleibenden Bedenken vorzutragen und die Umgestaltung des Beratungskonzeptes hinsichtlich der Voraussetzungen und Konsequenzen zunächst noch einmal zu prüfen.“

29. September 1999: Erzbischof Dr. Degenhardt erläutert in einem Gespräch mit den Beraterinnen und vor der Presse in Paderborn die Absicht, zum 1. Januar 2000 auf die Ausstellung eines Beratungsscheines in den katholischen Beratungsstellen des Erzbistums Paderborn zu verzichten.

20. November 1999: In einem vierten Brief an den Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Bischof Lehmann, bittet Papst Johannes Paul II. darum, „dass die katholischen Beratungsstellen auch in Zukunft eine so verdienstvolle Tätigkeit zugunsten des Lebens fortführen und verstärken, ohne jedoch die Bestätigung auszustellen, die die katholischen Beratungsstellen in ein System mit hineinzieht, welches die Abtreibung zulässt.“

Quelle: Erzbischof Johannes Joachim Degenhardt, Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung in der Erzdiözese Paderborn, 1999

»Du sollst nicht töten«

Im Psalm 139 heißt es: „Herr, du hast mich erforscht und du kennst mich. Denn du hast mein Inneres geschaffen, mich gewoben im Schoß meiner Mutter. Ich danke dir, dass du mich so wunderbar gestaltet hast!“ Das Bewusstsein des Menschen, von Gott selbst geschaffen zu sein, gehört zum Kern jüdisch-christlicher Überlieferung.

Der Mensch ist Ebenbild Gottes vom Zeitpunkt der Empfängnis an und genießt deshalb unveräußerliche Würde und darum Rechtsschutz bis zu seinem Tod. Das kirchliche Lehramt und die katholische Moraltheologie haben immer und ohne Zögern diesen Wert und diese

Würde auch des behinderten und des ungeborenen menschlichen Lebens verteidigt. Nicht immer entsprach staatliche Gesetzgebung und Rechtsprechung dieser kirchlichen Lehre, obwohl der umfassende Schutz menschlichen Lebens keineswegs katholisches Sondergut darstellt: Jeder Mensch kann durch seine Vernunft Menschenrecht und Menschenwürde erkennen. Im fünften Gebot wird deshalb gefordert: „Du sollst nicht töten!“

Heute ist die Abtreibung, also die Tötung ungeborenen menschlichen Lebens, in vielen Ländern der Welt staatlich erlaubt. Abtreibung kann jedoch unter keinen Umständen die Lösung eines unlösbar scheinenden Konfliktes sein. Die katholische Kirche wird sich nie mit diesem offenkundigen Unrecht abfinden, sondern Wege suchen, um den Schutz des ungeborenen Kindes und Hilfe für Mütter und Väter in Not und Konfliktsituationen zu gewährleisten. Schutz und Hilfe dürfen nicht voneinander getrennt werden.

Quelle: Erzbischof Johannes Joachim Degenhardt, Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung in der Erzdiözese Paderborn, 1999

4.2 Argumentationshilfen

Die Würde des vorgeburtlichen Lebens

Richtig ist, dass das noch nicht geborene Kind in spezifischer Weise von einem bestimmten Menschen, der das Kind austragende Frau, abhängig ist. Es ist jedoch damit nicht Teil der Frau, sondern ein eigenständiges anderes menschliches Wesen. Nur weil das ungeborene Kind ein anderes menschliches Individuum ist, das jetzt in der Schwangerschaft und künftig nach der Geburt Aufgaben stellt und Verantwortungspflichten auferlegt, stellt sich überhaupt das Problem der Abtreibung.

So gibt es keinen Grund, die Aussagen über Gottebenbildlichkeit bzw. Würde des Menschen nicht auch auf das vorgeburtliche menschliche Leben zu beziehen oder ihm den Anspruch gleichen Schutzes wie für das geborene Leben zu verweigern. Aus theologischer Perspektive ist überdies festzuhalten: Jedes menschliche Leben erhält einen eigenen Wert

und Sinn, indem Gott es schafft, ruft, achtet und liebt; der Mensch hat eine unverlierbare Würde, weil Gott ihn berufen hat, sein Gegenüber zu sein, und ihn in Jesus Christus unbedingt angenommen hat; ungeborene Kinder sind dabei mitgemeint (vgl. Ijob/Hiob 31,15; Ps 139,13-16; Jer 1,5). Gottes Annahme des ungeborenen menschlichen Lebens verleiht ihm menschliche Würde. Daraus folgt die Verpflichtung, dass auch die Menschen das ungeborene menschliche Leben annehmen und ihm den Schutz gewähren sollen, der der menschlichen Person gebührt.

Was theoretisch als richtig und wahr erkannt ist, muss freilich unter den Menschen erfahren und in den Konsequenzen gelebt und praktiziert werden. Hier liegen gegenwärtig die Hauptprobleme:

■ In der Sprache drückt sich eine bestimmte Deutung der Wirklichkeit aus. Geburt heißt in der deutschen Sprache auch: „zur Welt bringen“. In bestimmter Hinsicht ist es richtig, dass die „Welt“ des Embryo der Leib der Mutter ist und das Kind erst durch die Geburt in eine offenkundige Verbindung mit der Welt im weiteren Sinne, also mit anderen Menschen und den äußeren Lebensbedingungen gebracht wird. Nur kann der Ausdruck „zur Welt bringen“ den fragwürdigen Eindruck erwecken, das vorgeburtliche Leben sei noch gar nicht „auf der Welt“. Wir sprechen im Blick auf das geborene Kind von ersten Lebensmonaten oder Lebensjahren – als ob die vorgeburtliche Phase noch nicht wirklich zum Leben gehörte. So sind wir auf der Ebene der Sprache in einer unzulänglichen Deutung der Wirklichkeit befangen; sie lässt sich aber nicht mit einem einmaligen Willensakt, sondern nur langfristig verändern.

■ Psychologisch betrachtet ist die Schwelle zur Tötung gegenüber dem ungeborenen menschlichen Leben faktisch niedriger als im Falle der Tötung bereits geborenen oder herangewachsenen Lebens: zum einen, weil man sich beim ungeborenen menschlichen Leben weithin nicht vorstellt, dass man ein Menschenleben tötet, zum anderen, weil der Umfang seiner Schutzwürdigkeit in Vergangenheit und Gegenwart



immer strittig war. Abtreibung war und ist eine gesellschaftliche Realität und eine mehr oder minder leicht zugängliche Möglichkeit. Dies rechtfertigt sie nicht, stellt aber eine der Schwierigkeiten dar, von der Einsicht in das richtige Handeln zu einer allgemein gelebten Praxis zu kommen.

Der Schutz des ungeborenen Lebens ist unteilbar

Der Schutz des ungeborenen Lebens steht neben den Problemen der Embryonenforschung heute noch vor einer anderen, zahlenmäßig weit bedrängenderen Herausforderung: Allein in der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich über 200000 Abtreibungen vorgenommen. Die Embryonen in vitro und die Embryonen in vivo haben die gleiche Würde und das gleiche Recht auf Leben. Der Schutz des ungeborenen Lebens ist unteilbar. Aber es ist die Beobachtung bedeutsam, dass sich das ungeborene Leben im Mutterleib in einer anderen Situation befindet als der Embryo im Labor: Es ist abhängig von der Frau, die es in sich trägt. Darum müssen alle Anstrengungen zum Schutz des ungeborenen Lebens im Mutterleib darauf gerichtet sein, es mit der Frau und nicht gegen sie zu schützen.

Verständnis für die Konfliktfelder

Eine ungewollte Schwangerschaft kann den Lebensplan stören und manchmal völlig über den Haufen werfen.

Die Geburt eines nicht geplanten Kindes hat dabei unter Umständen für die Frau, zuweilen auch für den Mann die Konsequenz, dass die begonnene Ausbildung nicht zu Ende geführt oder die Berufstätigkeit nicht in der bisherigen Form fortgesetzt werden kann. Im Mittelpunkt einer großen Zahl von Schwangerschaftskonflikten stehen Beziehungsprobleme. Sie gehen nicht selten so weit, dass der Vater des Kindes die Frau unter Druck setzt und zum Schwangerschaftsabbruch drängt. Auch kann fehlende Unterstützung durch Familie und weiteres Umfeld bei der Schwangeren die Angst vor dem Alleingelassenwerden und der sozialen Isolation verstärken.

Auch schwere Schwangerschaftskonflikte führen keineswegs unausweichlich zum Schwangerschaftsabbruch. Es kann gelingen, sich auf die schwierige Situation einzustellen, das Unvorhergesehene dennoch zu bejahen

und zu neuen Lebensperspektiven zu finden. In anderen Fällen freilich wird die Abtreibung als einziger Ausweg angesehen. Zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften gab und gibt es Konflikte um das ungeborene Leben. Der allgemeine medizinische Fortschritt bringt es mit sich, dass die Durchführung einer Abtreibung technisch leichter und das gesundheitliche Risiko für die Schwangere geringer wird. Daneben steht allerdings nach wie vor die Erfahrung, dass die Abtreibung bei nicht wenigen Frauen körperlich und seelisch zu erheblichen und manchmal langwierigen Beeinträchtigungen oder Schädigungen geführt hat. Die Entwicklung medikamentöser Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch ist weit vorangetrieben und wird in absehbarer Zeit noch stärker als schon gegenwärtig die Entscheidung über den Abbruch in die Hände der unmittelbar Beteiligten legen, wenngleich nicht notwendig bloß der Frau, die sich im Gegenteil gerade verstärktem Druck ausgesetzt sehen könnte; Auflagen und rechtliche Barrieren werden relativ an Bedeutung verlieren; der ethisch begründeten Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird immer mehr Gewicht zukommen.

Quelle: Gott ist ein Freund des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989. S. 43 ff., S. 65 ff.

4.3 Position und Hilfsangebote der Katholischen Kirche

Johannes Paul II.: Enzyklika Evangelium vitae

Unter allen Verbrechen, die der Mensch gegen das Leben begehen kann, weist die Vornahme der Abtreibung Merkmale auf, die sie besonders schwerwiegend und verwerflich machen. Das II. Vatikanische Konzil bezeichnet sie und die Tötung des Kindes als „verabscheuungswürdiges Verbrechen“.

Doch heute hat sich im Gewissen vieler die Wahrnehmung der Schwere des Vergehens nach und nach verdunkelt. Die Billigung der Abtreibung in Gesinnung, Gewohnheit und selbst im Gesetz ist ein beredtes Zeichen für eine sehr gefährliche Krise des sittlichen Bewusstseins, das immer weniger imstande ist, zwischen Gut und Böse zu unterscheiden, selbst dann, wenn

das Grundrecht auf Leben auf dem Spiel steht. Angesichts einer so ernsten Situation bedarf es mehr denn je des Mutes, der Wahrheit ins Gesicht zu schauen und die *Dinge beim Namen zu nennen*, ohne bequemen Kompromissen oder der Versuchung zur Selbsttäuschung nachzugeben. In diesem Zusammenhang klingt der Tadel des Propheten kategorisch: „Weh denen, die das Böse gut und das Gute böse nennen, die die Finsternis zum Licht und das Licht zur Finsternis machen“ (Jes 5,20). Gerade in Bezug auf die Abtreibung ist die Verbreitung eines zweideutigen Sprachgebrauchs festzustellen, wie die Formulierung „Unterbrechung der Schwangerschaft“, die darauf abzielt, deren wirkliche Natur zu verbergen und ihre Schwere in der öffentlichen Meinung abzuschwächen. Vielleicht ist dieses sprachliche Phänomen selber Symptom für ein Unbehagen des Gewissens. Doch kein Wort vermag die Realität der Dinge zu ändern: die vorsätzliche Abtreibung ist, *wie auch immer sie vorgenommen werden mag, die beabsichtigte und direkte Tötung eines menschlichen Geschöpfes in dem zwischen Empfängnis und Geburt liegenden Anfangsstadium seiner Existenz*.

Die sittliche Schwere der vorsätzlichen Abtreibung wird in ihrer ganzen Wahrheit deutlich, wenn man erkennt, dass es sich um einen Mord handelt, und insbesondere, wenn man die spezifischen Umstände bedenkt, die ihn kennzeichnen. Getötet wird hier ein menschliches Geschöpf, das gerade erst dem Leben entgegengeht, das heißt das absolut *unschuldigste* Wesen, das man sich vorstellen kann: es könnte niemals als Angreifer und schon gar nicht als ungerechter Angreifer angesehen werden! Es ist *schwach*, wehrlos, so dass es selbst ohne jenes Minimum an Verteidigung ist, wie sie die flehende Kraft der Schreie und des Weinens des Neugeborenen darstellt. Es ist *voll und ganz* dem Schutz und der Sorge derjenigen anvertraut, die es im Schoß trägt. Doch manchmal ist es gerade sie, die Mutter, die seine Tötung beschließt und darum ersucht und sie sogar vornimmt. Gewiss nimmt der Entschluss zur Abtreibung für die Mutter sehr oft einen dramatischen und schmerzlichen Charakter an, wenn die Entscheidung, sich der Frucht der Empfängnis zu entledigen, nicht aus rein egoistischen und Bequemlichkeitsgründen gefasst wurde, sondern weil manche wichtigen Güter, wie die eigene Gesundheit oder ein anständiges

Lebensniveau für die anderen Mitglieder der Familie gewahrt werden sollten. Manchmal sind für das Ungeborene Existenzbedingungen zu befürchten, die den Gedanken aufkommen lassen, es wäre für dieses besser nicht geboren zu werden. *Niemals jedoch können* diese und ähnliche Gründe, mögen sie noch so ernst und dramatisch sein, *die vorsätzliche Vernichtung eines unschuldigen Menschen rechtfertigen*.

Quelle: Johannes Paul II., Enzyklika Evangelium vitae, Nr. 58

Johannes Joachim Degenhardt: Das Zeugnis der Kirche für das Leben

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 in vollem Umfang weiter beraten. Allerdings werden keine Beratungsscheine im Sinne des § 218a StGB mehr ausgestellt. Diese Entscheidung habe ich nach gewissenhafter Prüfung getroffen.

Ohnehin wurde die staatliche Anerkennung seitens des Landes Nordrhein-Westfalen den katholischen Beratungsstellen im Unterschied zu Beratungsstellen anderer Träger nur jeweils für 4 Monate ausgesprochen. Die letzte gewährte Anerkennung endet am 31. Dezember 1999.

Das Erzbistum Paderborn wird auch in Zukunft die Beratungsangebote für Hilfesuchende 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 Menschen guten Willens, für den unbedingten Schutz des menschlichen Lebens einzutreten.

Quelle: Erzbischof Johannes Joachim Degenhardt, Zur Neuordnung der Schwangerschaftsberatung in der Erzdiözese Paderborn, 1999

Deutsche Bischofskonferenz und Evangelische Kirche in Deutschland: Kirchen und Christen als Anwalt des Lebens

- Schwangerschaftsabbruch soll nach Gottes Willen nicht sein. Mit diesem Satz erinnern wir an den unbedingten Anspruch des Gebotes Gottes, das jede vorsätzliche Tötung eines Mitmenschen, also auch die Tötung eines ungeborenen Kindes ausschließen will.
- Jedes Kind kann im Glauben angenommen werden als ein Geschenk Gottes. Diese Annahme fällt zuweilen sehr schwer. Darum haben für Christen in dem Konflikt, in den eine Schwangerschaft unter Umständen hineinführt, diejenigen Hilfen und Maßnahmen besonderes Gewicht, die der schwangeren Frau, dem Vater des Kindes und den Familien die Annahme des Kindes ermöglichen trotz der Schwierigkeiten, die diese Entscheidung mit sich bringt. Christen sehen innerhalb der Kirche wie innerhalb der Gesellschaft ihre vordringliche Aufgabe darin, unter Einsatz aller menschlich möglichen Kräfte mitzuhelfen, Situationen zu verhindern, in denen der Schwangerschaftsabbruch als einziger Ausweg erscheint.
- In einer äußersten Zuspitzung können die betroffenen Menschen aber in ihrem Gewissen dem Konflikt ausgesetzt sein,

dass sie Gottes Gebot wohl als für sich verbindlich anerkennen, aber dennoch angesichts der unerträglich erscheinenden Schwierigkeit, in die sie die Schwangerschaft gebracht hat, für sich keinen Weg sehen, das ungeborene Kind anzunehmen und also am Leben zu erhalten. Wenn in ganz besonderen und mit anderen Situationen nicht ohne weiteres vergleichbaren Fällen das Leben der Mutter gegen das Leben des Kindes steht und ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen angezeigt ist, muss unausweichlich eine Entscheidung getroffen werden, die so oder so das Gewissen belastet. Konfliktlagen von dieser Schärfe können nicht allgemeinverbindlich aufgelöst werden.

- Das Recht auf Selbstbestimmung ist Teil der menschlichen Würde und fordert darum unser Eintreten für eine fortschreitende Befreiung des Menschen aus Unmündigkeit und Fremdbestimmung. Selbstbestimmung findet aber ihre Grenze am Lebensrecht des anderen. Wer sie für sich selbst fordert, muss sie auch dem anderen zuerkennen. Darum kann das Selbstbestimmungsrecht der Frau *keine Verfügung über das in ihr heranwachsende Leben* begründen.
- Wenn eine Schwangere sich nicht in der Lage sieht, das in ihr heranwachsende Leben anzunehmen, darf ihre Entscheidung, obwohl gegen Gottes Gebot, nicht pauschal und von vornherein als selbstherrliche Verfügung über menschliches Leben verurteilt werden. Die Gründe und Umstände, die zu einem solchen Schritt führen, sind vielmehr Herausforderung zum Gespräch, zum Mitfühlen und zu tatkräftiger Hilfe.

So verstehen sich Kirchen und Christen *als Anwalt des Lebens und der Menschenwürde gerade auch des ungeborenen Kindes* und wissen sich zugleich aufgerufen, mit Rat und Hilfe allen denen beizustehen, die in Bedrängnis geraten sind.

Quelle: Gott ist ein Freund des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989. S. 68 ff.

Beratungsstellen für „Werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen“ (Schwangerschaftsberatungsstellen)

59755 Arnsberg,
Apothekerstraße 12
(Ruf 0 29 32/8 24 14)

33602 Bielefeld,
Turnerstraße 4
(Ruf 05 21/9 61 91 43)

33034 Brakel,
Klosterstraße 9
(Ruf 0 52 72/3 77 00)

44137 Dortmund,
Propsteihof 10
(Ruf 02 31/1 84 82 20)

33330 Gütersloh,
Friedhofstraße 11
(Ruf 0 52 41/1 67 27)

58095 Hagen,
Hochstraße 83 b
(Ruf 0 23 31/3 17 10)

59065 Hamm,
Stadthausstraße 2
(Ruf 0 23 81/43 07 71)
(Nebenstelle der Beratungsstelle Dortmund)

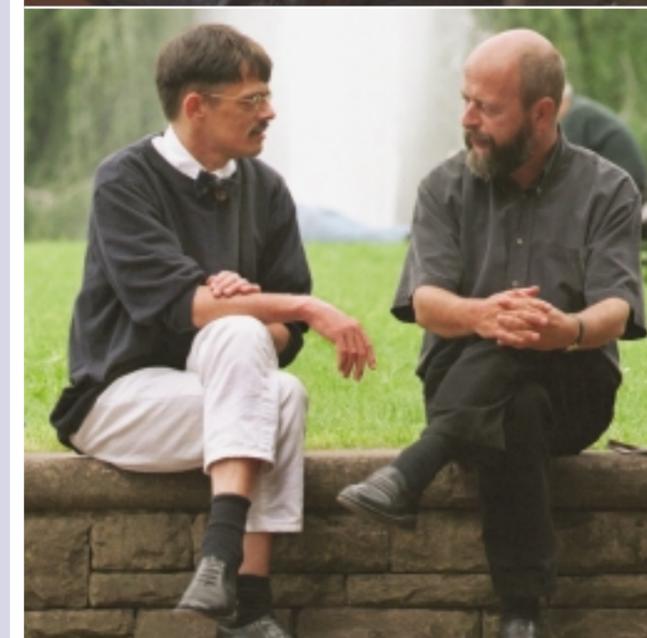
59555 Lippstadt,
Soeststraße 16
(Ruf 0 29 41/97 34 15)

59872 Meschede,
Ruhrstraße 3
(Ruf 02 91/71 31)
(Nebenstelle der Beratungsstelle Arnsberg)

57462 Olpe,
Kolpingstraße 14
(Ruf 0 27 61/92 11 30)

33098 Paderborn,
Kilianstraße 28
(Ruf 0 52 51/1 21 96 13)

57072 Siegen,
Häutebachstraße 5
(Ruf 02 71/2 32 52 15)
(Nebenstelle der Beratungsstelle Olpe)





Der Diözesane Hilfsfond Finanzielle Unterstützung für durch Schwangerschaft oder Geburt eines Kindes in Notlagen geratene Frauen

Erzbischof Dr. Johannes Joachim Degenhardt hat zum 1. Februar 2000 einen Diözesanen Hilfsfonds zur Unterstützung von Frauen in Notlagen ins Leben gerufen. Aus dem Fonds können finanzielle Hilfen für Frauen bereit gestellt werden, die durch eine Schwangerschaft oder die Geburt eines Kindes in eine Notlage geraten sind. Der Diözesane Hilfsfonds ist im Haushalt des Erzbistums Paderborn für das Jahr 2000 mit 2,5 Millionen Mark ausgewiesen. Die Mittel können im Bedarfsfall noch ausgeweitet werden. Die Beantragung von finanziellen Hilfen aus diesem Fonds ist für alle Frauen mit Wohnsitz im Erzbistum Paderborn möglich, die sich durch eine Schwangerschaft oder die Geburt eines Kindes nachweislich in einer Notlage befinden.

Nach den Richtlinien für den Diözesanen Hilfsfonds können die Mittel beispielsweise zur

Verfügung gestellt werden als Beihilfe zur Anschaffung von Kleidung oder Babyausstattung, zur Finanzierung von Arzt- und Krankenhauskosten, zur Finanzierung von notwendigen Umzügen, Kautionen, Maklergebühren oder der Einrichtung von Kinderzimmern. Mittel können auch beantragt werden als Beihilfe zur Finanzierung der Kosten von Nachbarschafts- und Familienhilfe, für notwendige Erholungsmaßnahmen oder zum Lebensunterhalt von Mutter und Kind.

Vermittelt wird die finanzielle Unterstützung aus dem Diözesanen Hilfsfonds über die katholischen Schwangerenberatungsstellen im Erzbistum Paderborn. Dort werden auch weitere fachliche Beratungen vermittelt, etwa durch die Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensfragen, die Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche, die Schuldnerberatungsstellen sowie ergänzende Hilfen durch die Caritas- und Fachverbände.



5. Leben bis zuletzt – Sterben in Würde

Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft

Jahr für Jahr sterben in Deutschland etwa 900000 Menschen. Unter ihnen sind über 9500 Verkehrstote, 12000 Suizid-Tote und 2500 Totgeburten. Über die Hälfte aller Todesfälle ereignen sich in Krankenhäusern, Kliniken und Altenheimen; in manchen Großstädten sind es 90 % und mehr. Nicht zu übersehen ist die zunehmende Zahl von Toten, die ohne Angehörige oder mittellos sterben. Das hängt u. a. damit zusammen, dass die Zahl von alleinlebenden Menschen in allen Altersstufen steigt und sich ihr Lebens- und Sterbeweg anders als der von Menschen in Partnerschaft und Familie gestaltet. Angesichts der zurückgegangenen Kindersterblichkeit und der steigenden Lebenserwartung verschiebt sich das durchschnittliche Todesalter immer mehr nach oben.

Die Bedingungen des modernen Lebens haben zu einer sozialen Verdrängung der lebensbedeutsamen Vorgänge um Tod und Trauer geführt. Die Gestaltung des Lebens bestimmt auch den Umgang mit dem Sterben. Immer wieder wird die Forderung nach aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) laut. In unserer Gesellschaft werden Wohlstand, immer weiter steigender Lebensstandard und Vitalität bis ins hohe Alter hinein als Leitbilder propagiert. Viele Menschen können sich für das eigene Leben Entbehrungen und Grenzsituationen kaum noch vorstellen. Die Erfolge der Medizin führten zu einer zuweilen ins Unermessliche gehenden Hoffnung auf Wiederherstellung der Gesundheit, auf Schmerz-beseitigung oder auf ein Leben mit „neuen Organen“ – nicht wenige Menschen glaubten in dieser Hoffnung an eine quasi „diesseitige Unsterblichkeit“. Angesichts eines relativ kurzen und vielfach gefährdeten Lebens hofften die Menschen früherer Zeiten noch weit mehr auf ein „Weiterleben nach dem Tod“, auf eine Vollendung des irdischen Lebens in der Ewigkeit bei Gott. Heute sehen viele in einem langen und erfüllten Leben das Ganze, oder sie erträumen von einer Reinkarnation den Ausgleich für die erfahrenen Entbehrungen und die nicht erfüllten Hoffnungen.

Inzwischen werden die Grenzen des Machbaren jedoch deutlicher. So mancher Fortschritt

wird als „tödlich“ entlarvt. Langsam wird uns bewusst: Die privaten und sozialen Tabuisierungen von Sterben, Tod und Trauer wirken sich schädlich, ja zerstörend für unser Leben aus. Allmählich werden diese Wirklichkeiten wieder „gesellschaftsfähig“: in den Gesprächen und Publikationen, in der Bereitschaft, persönlich für Pflegebedürftige und Schwerkranke zu sorgen und sich den Sterbenden und Toten wieder neu zuzuwenden. Maßgeblichen Anteil daran hat die Hospizbewegung mit ihrem vielfältigen Engagement. Davon inspiriert lassen sich auch verstärkt Krankenhäuser und Kliniken auf die Frage ein, welche personellen und strukturellen Konsequenzen im Blick auf die Ermöglichung und die Begleitung eines „Sterbens in Würde“ zu ziehen sind. Trauergruppen und -seminare werden von Hinterbliebenen dankbar angenommen; Trauernde finden sich zu Initiativ-Gruppen zusammen (z. B. »Verwaiste Eltern«). Die Frage nach dem eigenen Sterben wird allerdings eher selten gewagt oder sinnvoll beantwortet.

Quelle: EKD / DBK (Hg.), *Im Sterben: Umfängen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996*, S. 5-7

Der Zusammenhang von Ethos und Thanatos

Die Begegnung mit dem Tod ist also unabdingbare Bedingung der Möglichkeit für die Menschwerdung des Menschen. Das wirkt in einem maßgeblichen Sinne prägend und gestaltend auf die Humanisierung des Ethos. Anders gesagt, wirklich *menschliche* Moral darf das Schicksal des Todes nicht ausblenden. Das Nicht-





wahrhaben-wollen des Todes zeigt nicht nur die Angst vor dem Sterben, sondern vor allem eine elementare Unfähigkeit richtig zu leben. „Das Wissen, «es gibt den Tod», noch simpler «alle Menschen müssen sterben» bedeutet für den produktiven Geist die eigentliche Kraftnahrung, gewissermaßen das Schwarzbrot oder den Pumpernickel seines Lebens.“

Quelle: Udo Zelinka, Im Antlitz des Todes. Zum Zusammenhang von Ethos und Thanatos, in: Grenzgebiete der Wissenschaft 49 (2000) 296f.

5.1 Zugänge

Die Würde des durch Krankheit, Behinderung und Tod gezeichneten Lebens

Auch das durch Krankheit, Behinderung oder Tod gezeichnete Leben hat als menschliches Leben eine unverlierbare Würde. Selbst schwerwiegende Beeinträchtigungen des Lebensvollzugs, vollständige Hilflosigkeit und ein hoher Aufwand an Pflege und Betreuung können es unter keinen Umständen rechtfertigen, den betroffenen Menschen die Würde abzusprechen oder ihre Würde als eingeschränkt anzusehen. Dies ausdrücklich festzustellen erscheint angesichts der in Deutschland unter völlig unverantwortlichen und verwerflichen Schlagworten wie „lebensunwertes Leben“ oder „Ballastexistenzen“ begangenen Verbrechen nach wie vor dringend nötig. Gegenwärtig gibt es Anzeichen für das erneute Aufkommen des Ungeistes, „lebensunwertes“ von „lebenswertern“ oder „wertvollem“ Leben unterscheiden zu wollen. Demgegenüber sagen wir mit aller Entschiedenheit: Jeder Mensch, wie immer er ist, gesund oder krank, mit hoher oder mit geringer Lebenserwartung, produktiv oder eine Belastung darstellend, ist und bleibt „Bild Gottes“. Die Überzeugung, dass letztlich nicht eigene Qualitäten, sondern Gottes Annahme und Berufung dem Menschen Gottebenbildlichkeit und damit seine Würde verleihen, muss sich gerade gegenüber dem kranken, behinderten und sterbenden Leben bewähren. Alles andere ist Götzendienst gegenüber dem Vitalen, Starken und Leistungsfähigen.

Die Würde des durch Krankheit, Behinderung oder Tod gezeichneten Lebens ist allerdings praktisch weniger durch die radikale Infra-

gestellung seines Lebensrechts als vielmehr durch Fremdbestimmung und Entmündigung bedroht. So kommt es bei der medizinischen Behandlung schwerkranker und alter Menschen nicht selten zu Ergebnissen, bei denen bleibende und gravierende körperliche Defekte in Kauf genommen werden. Eine medizinische Behandlung muss immer im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegen; dieses wohlverstandene Interesse ist ein menschenwürdiges Weiterleben; wo ein Eingriff keine Besserung verspricht, soll er unterbleiben.

Die Behandlung muss auf Lebensverlängerung, nicht auf Sterbeverlängerung zielen. Die Menschenwürde erfordert es, wo es möglich ist, den Wunsch des betroffenen Patienten zu berücksichtigen. Eine Verletzung der Menschenwürde liegt auch da vor, wo Angehörige und Pflegepersonal alles tun, um den Gedanken an das bevorstehende Sterben nicht aufkommen zu lassen.

Quelle: Gott ist ein Freund des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989, S. 46

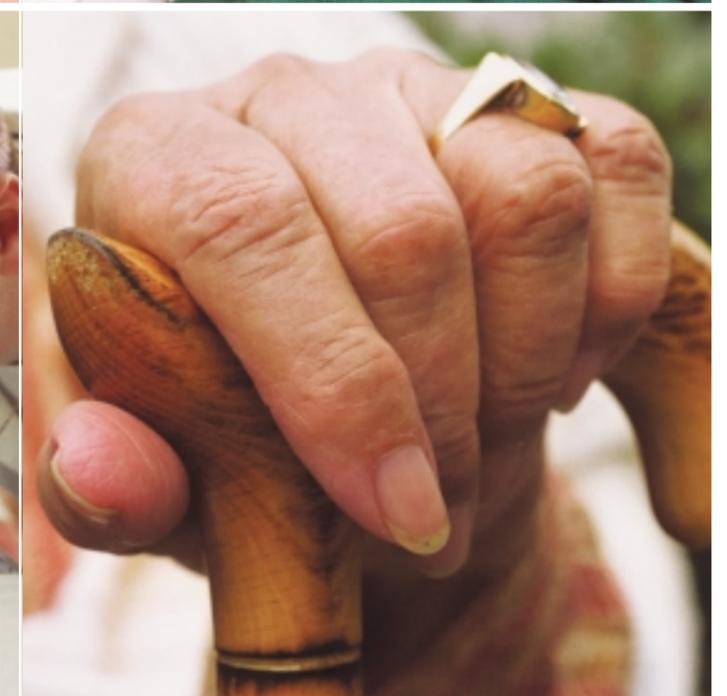
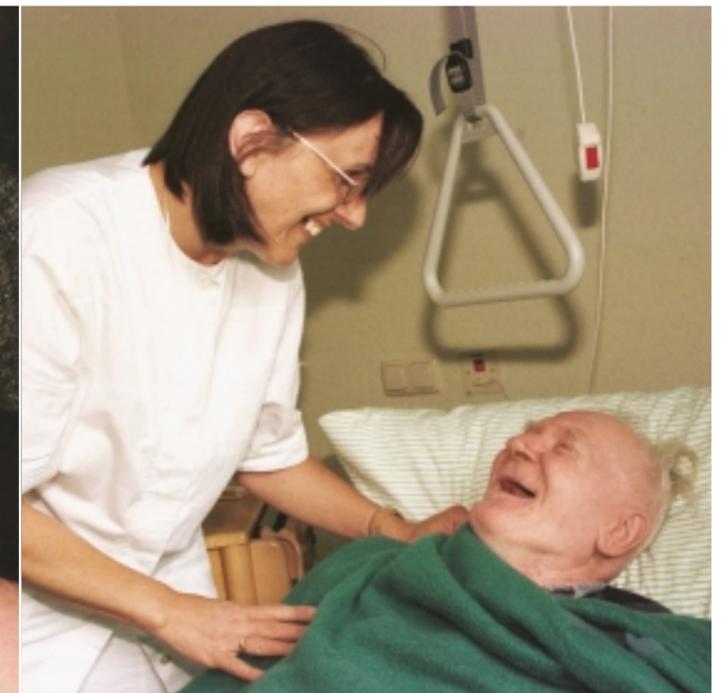
Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe

Es hat sich durchgesetzt, unter dem Begriff „Sterbehilfe“ die Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwerkranken Menschen zu verstehen. Wenn es dabei um mitmenschliche oder seelsorgerliche Hilfe im oder beim Sterben geht, sollte der Begriff „Sterbebegleitung“ verwendet werden.

Mit der Forderung eines „menschenswürdigen Sterbens“ verbindet sich jedoch oft auch die Forderung, selbst über die Dauer der eigenen Lebenszeit und den Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen zu können. „Sterbehilfe“ wird so nicht mehr als Hilfe im oder beim Sterben, sondern als Hilfe zum Sterben (im Sinne der sog. „aktiven Sterbehilfe“) verstanden.

Da der Begriff „Sterbehilfe“ in seiner Vieldeutigkeit immer wieder Anlass zu solchen Missverständnissen gibt, müssen die verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschieden werden:

„**Aktive (oder direkte) Sterbehilfe**“ ist die gezielte Tötung eines Menschen zur Beendi-





gung schweren Leidens oder Erleichterung des Sterbens bei aussichtsloser Prognose, z. B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z.B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt. Sie ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.

„**Passive Sterbehilfe**“ ist der Verzicht oder der Abbruch ärztlicher Behandlung oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn die Krankheit bei aussichtsloser Prognose unumkehrbar einen tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Weil der Sterbevorgang eingesetzt hat, darf auf lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. Beatmung, künstliche Ernährung) verzichtet werden. Sie setzt die Zustimmung des Patienten voraus (Verfügung!!).

„**Indirekte Sterbehilfe**“ ist die Behandlung eines Schwerverkrankten oder Sterbenden unter Inkaufnahme seines früheren Todes gemäß seinem erklärten oder mutmaßlichen Willen, z. B. wenn ein wirksames Schmerzmittel gegen unerträgliche Schmerzen als unvermeidbare Nebenfolge unbeabsichtigt den Todeseintritt beschleunigt. Die indirekte Sterbehilfe ist zulässig.

Behandlungsabbruch: Nach der Definition des Bundesgerichtshofes ist ein Behandlungsabbruch kein Fall der passiven Sterbehilfe, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Der Behandlungsabbruch ist zulässig, wenn dafür eine wirksame Einwilligung vorliegt. Einwilligungen sind Rechtfertigungsgründe; sie rechtfertigen die ärztliche Behandlung oder das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen mit der Folge, dass diese Maßnahmen rechtmäßig sind. Bei irreversibler Bewusstlosigkeit des Kranken gibt es zwei Möglichkeiten der rechtfertigenden Einwilligung:

- der ausdrückliche oder der mutmaßliche Wille des Patienten (beides hat die gleiche Rechtsqualität),
- die vormundschaftsgerichtliche Regelung. Diese Einwilligung hat die gleiche Rechts-

wirksamkeit wie die Einwilligung des Kranken selbst.

Wichtig: Der Behandlungsabbruch ist mit einer christlichen Patientenverfügung nicht zu regeln, weil die christliche Patientenverfügung ausdrücklich und in voller Absicht die aussichtslose Prognose **und** den bereits eingesetzten Sterbevorgang miteinander verbindet(!) und damit insbesondere die Voraussetzungen für die passive Sterbehilfe aufgreift.

Vgl. auch: DBK/EKD, Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular, S. 15f.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die christliche Patientenverfügung

Zum Patientenrecht (z. B. freie Arztwahl, Aufklärung, angemessene medizinische Behandlung) gehört auch das Recht auf Selbstbestimmung:

Für die Durchführung oder Unterlassung einer Behandlung ist entscheidend, dass der einwilligungsfähige Mensch nach einer angemessenen Aufklärung seinen ausdrücklichen Willen dazu geäußert hat, selbst wenn der Arzt oder die Ärztin andere Diagnose- und Therapie-maßnahmen empfiehlt. Neben der Möglichkeit, jederzeit einen Behandlungsbeginn oder -abbruch zu bestimmen, umfasst das Selbstbestimmungsrecht des Patienten oder der Patientin auch die Möglichkeit, Verfügungen über zukünftige Situationen zu treffen.

Dies gilt insbesondere für Lebenslagen, in denen Patienten ihre Rechte nicht mehr selbst ausüben, d. h. ihre Einwilligung nicht geben können, weil sie einwilligungsunfähig, z. B. zu schwach, verwirrt oder bewusstlos sind. Dann ist der mutmaßliche Wille des Patienten oder der Patientin ein wichtiger Orientierungspunkt für die Entscheidungen der Ärzte und Ärztinnen, der Pflegenden, Angehörigen, der Betreuenden.

Bei der Ermittlung dieses mutmaßlichen Willens spielt die **PATIENTENVERFÜGUNG** eine wichtige Rolle.

Quelle: DBK/EKD, Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular, S. 16f.



5.2 Die Diskussion

Ein Tabu wird gebrochen – Das Thema Sterbehilfe sorgt in Europa für Zündstoff

Ein Tabu wird gebrochen: Euthanasie und Sterbehilfe werden in den kommenden Monaten in vielen Ländern Europas für Zündstoff sorgen. In Belgien und den Niederlanden liegen den Parlamenten Gesetzesentwürfe vor, die die aktive Sterbehilfe entkriminalisieren sollen. Beschlüsse werden für den Herbst erwartet. In Frankreich sprach sich im Frühsommer das einflussreiche Nationale Ethikkomitee dafür aus, lebensbeendende Maßnahmen in Ausnahmefällen zu erlauben.

Auch für die Bundesrepublik erwartet der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Lehmann, dass die Diskussion in naher Zukunft „ganz massiv aufbrechen“ wird. Der katholische Tübinger Theologe Dietmar Mieth warnte kürzlich, das zunehmende Wissen um das menschliche Erbgut werde einerseits das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Zukunft stark erhöhen, andererseits die Frage nach Sterbehilfe in aller Schärfe stellen.

Vorreiter bei einer Entkriminalisierung der Euthanasie in Europa sind die Niederlande. Dort sterben nach Untersuchungen jährlich 4.000 Menschen durch aktive Sterbehilfe. Seit 1993 wird im Nachbarland aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen toleriert. Allerdings müssen bestimmte Verfahren eingehalten werden: So dürfen Ärzte nur Sterbehilfe an Patienten leisten, wenn ihr Zustand aussichtslos ist, sie an unerträglichen Schmerzen leiden und mehrfach um Euthanasie gebeten haben. Expertisen anderer Kollegen sind einzuholen. Der Arzt muss die Sterbehilfe dem Leichenbeschauer und dem Staatsanwalt melden, der bei Zweifeln an der Sorgfaltspflicht ein Ermittlungsverfahren einleitet – was aber de facto nur sehr selten passiert ist.

Inzwischen gehen die Pläne noch weiter: Diskutiert wird derzeit ein Gesetzesentwurf der Regierung, nach dem Staatsanwälte nur noch ausnahmsweise tätig werden und Ärzte Euthanasiefälle nur noch an die dafür eingerichteten Kommissionen melden müssen. Nach dem umstrittenen Plan soll auch der Todeswunsch von Demenzkranken, die bei vollem Bewusst-

sein eine Euthanasieerklärung unterzeichnet haben, akzeptiert werden – auch wenn sie zum Zeitpunkt der eigentlichen Sterbehilfe nicht mehr ansprechbar sind. Dem Sterbewunsch Jugendlicher zwischen 16 und 17 Jahren soll auch ohne Zustimmung der Eltern entsprochen werden. Das soll in Ausnahmefällen auch für Kinder zwischen zwölf und 16 Jahren gelten. Letztere Regelung hat breiten gesellschaftlichen Widerstand mobilisiert: Anfang Juli zog der sozialdemokratische Ministerpräsident Wim Kok die Legalisierung der Sterbehilfe für Kinder ab zwölf Jahren zurück. Was aber nach Ansicht von Beobachtern die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der verbliebene Gesetzesentwurf im Herbst die Zustimmung des Parlaments findet.

In Belgien soll es vermutlich nach den Kommunalwahlen im Oktober ein Gesetz zu strafrechtlichen Regelungen der Sterbehilfe geben. Derzeit nutzen die Parteien die Sommerruhe, um möglicherweise doch noch zu einem einvernehmlichen Gesetzesentwurf zu diesem heftig umstrittenen Thema zu kommen. Bereits im Dezember 1999 hatten Senatoren der Regierungsparteien einen Entwurf eingebracht, wonach die aktive Sterbehilfe nach niederländischem Vorbild unter bestimmten, streng geregelten Bedingungen straffrei sein soll. Auch hier gibt es Anzeichen, dass Euthanasie schon seit Jahren heimlich praktiziert wird: Aufsehen hatte eine 1998 veröffentlichte Studie erregt, nach der 1996 in der Stadt Hasselt in mehr als 37 Prozent aller Sterbefälle ärztliche Maßnahmen zum Tod des Patienten beitrugen. In knapp fünf Prozent der Todesfälle hätten die Ärzte bewusst lebensbeendende Maßnahmen ergriffen.

Mit rund 2.000 heimlichen Fällen von Euthanasie rechnen Experten jährlich auch in Frankreich. Dort sprachen sich im Mai 69 Prozent der Ärzte bei einer Umfrage für das Vorhaben des Nationalen Ethikkomitees aus, nach dem aktive Sterbehilfe in Ausnahmefällen erlaubt sein soll. 56 Prozent der Mediziner können sich unter Umständen sogar vorstellen, selbst Euthanasie zu praktizieren.

Auch in Deutschland hat sich die Stimmung bei diesem Thema gewandelt. Während aktive Sterbehilfe selbst auf Wunsch der Patienten

weiter verboten bleibt und auch von der Bundesärztekammer vehement abgelehnt wird, hat sich die Rechtsprechung beim Thema indirekte Sterbehilfe verändert. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs von 1996 ist die Gabe von Schmerzmitteln auch dann zulässig, wenn sie die unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Folge einer Beschleunigung des Todes eintritt hat. Und 1998 entschied das Frankfurter Oberlandesgericht am Beispiel einer seit langem im Koma liegenden Frau, dass lebensverlängernde Maßnahmen bei schwerstkranken Menschen unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur im Sterbeprozess, sondern auch bereits in einer früheren Phase beendet werden dürfen.

Quelle: Christoph Arens (KNA) 3. August 2000

Der Sterbende ist Auftrag für die Lebenden. Wie sehen die Kirchen Sterbehilfe und Euthanasie?

Wer unter Berufung auf die individuelle Selbstbestimmung den Menschen für einen angeblich „menschwürdigen“ Tod verantwortlich machen möchte, liefert ihn nicht nur seinen eigenen Ängsten, seiner Versuchung zur Resignation und seinen depressiven Stimmungen, sondern auch den Ansprüchen der Gesellschaft aus. Dieser Zusammenhang bleibt in dem Versuch ausgeblendet, das fünfte Gebot „Du sollst nicht töten“ als ein unbarmherziges, abstraktes Prinzip in Misskredit zu bringen, dem der leidende Mensch zynisch geopfert würde. Angesichts der Zwänge, in die unheilbar Kranke schon vor dem Beginn ihrer letzten Sterbephase geraten können, wahrt das Tötungsverbot vielmehr die Freiheit der Sterbenden und ihr Recht auf den eigenen Tod. Dieser meint seiner ursprünglichen Bedeutung nach nicht ein künstliches, von planender Hand herbeigeführtes Ereignis, sondern eine allen Menschen verfügte Grenze, die dem Sterbenden und seiner Umgebung entzogen bleibt. Dahinter steht die Überzeugung, dass wir einen anderen Menschen nur dann wirklich achten, wenn wir ihn in der konkreten leiblichen Gestalt annehmen, in der er uns begegnet, sei dies als gesunder Mensch auf der Höhe seiner persönlichen Attraktivität und beruflichen Leistungsfähigkeit, sei es als kranker oder sterbender Mensch in der äußersten Verletzlichkeit seines körperlichen Daseins. Auch das

Grundprinzip einer christlichen und wahrhaft humanen Lebensethik, wonach wir dem menschlichen Leben von seinem Anfang bis zum Ende in jeder Form, in der es uns entgegnet, die gleiche Achtung schulden, beruht letztlich auf dem Respekt, den wir in unserer demokratischen Kultur der Freiheit und Selbstbestimmung jedes einzelnen Menschen entgegenbringen.

Die Forderung nach einer künstlichen Beschleunigung des Todes und einer Manipulation seines Eintritts erscheint in unserer Gesellschaft vielen auch deshalb plausibel, weil uns eine entscheidende Wahrheit über den Menschen abhanden zu kommen droht: Angewiesensein auf fremde Hilfe und körperliche Schwäche sind nicht menschenunwürdig, sondern eine Signatur des menschlichen Daseins, die im kranken Menschen besonders deutlich wird. Indem wir die moralischen Schranken akzeptieren, die uns durch das Tötungsverbot und das christliche Liebesgebot im Blick auf das Lebensende eines anderen Menschen gesetzt sind, anerkennen wir die Wahrheit unserer eigenen Endlichkeit. Die Bereitschaft, die in Geburt und Tod verfügten Grenzen hinzunehmen und zu einer grundlegenden Passivität unseres Lebens Ja zu sagen, führt deshalb zu keiner Entfremdung des Menschen, über die er sich in der Kraft seiner moralischen Selbstbestimmung erheben müsste. Auch angesichts undurchschaubarer Grenzerfahrungen und äußerster Belastungen wird menschliches Leben nicht einfach „sinnlos“ und „unnützlich“. Gerade in den kranken und sterbenden Menschen wird vielmehr eine verborgene Würde sichtbar, für die das leistungsorientierte Gesundheitsideal unserer Gesellschaft blind bleibt.

Gerade im Blick auf das schwere Lebensende vieler Menschen kann die Erinnerung an die universale Geltung des Tötungsverbots und den damit verbundenen Auftrag des Liebesgebotes davor warnen, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen, wo menschliche Nähe, Liebe und Solidarität gefragt. In dieser Perspektive erscheint der Ausweg des aktiven Tötens nicht als Hilfe, sondern als Verweigerung der medizinischen, pflegerischen und menschlichen Hilfestellung, die das Recht des Kranken auf seinen eigenen Tod wahrt und



ihn in Würde sterben lässt. eigenen Tod wahr und ihn in Würde sterben lässt. Die künstliche Verlängerung des Lebens um jeden Preis und die bewusste Beschleunigung des Todes entspringen in vielfacher Hinsicht – sowohl aus der Perspektive des Arztes als auch aus der des Patienten – gegensätzlichen Zielsetzungen. Sie stimmen aber darin überein, dass sie der Annahme des eigenen Todes ausweichen und ihn in ein vom Menschen zu bewerkstellendes Ereignis verwandeln. Der Gedanke des eigenen Todes, den jeder Mensch in Würde zu sterben das Recht hat, fordert dagegen einen dritten Weg jenseits der unmenschlichen Alternative von Lebensverlängerung um jeden Preis und künstlicher Herbeiführung des Todes. Dieser dritte Weg bezeichnet den Auftrag zu einer humanen und christlichen Sterbebegleitung, die sich in der Begegnung mit dem sterbenden Menschen jedem aus einer unterschiedlichen Perspektive stellt, wären dem Arzt ebenso wie der Krankenschwester, dem Seelsorger wie dem Angehörigen.

Quelle: Eberhard Schockenhoff, in: *Leben als Gottes Bild. Arbeitsheft zur Woche für das Leben 2000*, S. 33f.

Die christliche Botschaft vom Sinn des Lebens und Sterbens

Über Jahrhunderte hin prägte die christliche Botschaft vom Sinn des Lebens und Sterbens und von der Hoffnung auf die Auferstehung der Toten die Lebens- und Todeskultur unserer Gesellschaft. Viele fanden hier Antwort auf die Sehnsucht des Menschen nach bleibendem und vollendetem Leben. Zuweilen mag die Verkündigung dieser Zukunftshoffnung sich zu wenig inspirierend für die konkrete Lebensgestaltung ausgewirkt haben. Das irdische Leben wurde mehr als „Warteraum für das Jenseits“ aufgefasst, die Botschaft vom Kommen des Reiches Gottes zu wenig als Impuls zu Veränderung der Lebensverhältnisse wirksam. Zwischenzeitlich haben der weit verbreitete Atheismus und der Glaube an den „natürlichen Tod“ bei manchen die Frage nach der Zukunft des Menschen über den Tod hinaus fast verstummen lassen oder als uninteressant und unbedeutend ausgewiesen. Heute stellen sich viele Menschen diese Frage wieder neu. Die christliche Botschaft ruft dazu auf, die Erde zu lieben, sie zu gestalten und zu verändern, aber

sie weiß, dass die Vollendung nicht vom Tun des Menschen, sondern von Gott abhängt.

Die Auferstehung der Toten und das ewige Leben, wie sie im apostolischen Glaubensbekenntnis formuliert sind, führen in die personale Gemeinschaft mit dem lebendigen Gott und zugleich in die Gemeinschaft aller Menschen in einem „neuen Himmel und einer neuen Erde“: Ein Leben in Fülle, das Gott in Jesus Christus denen verheißen hat, die ihn lieben, gerade auch den Armen und Notleidenden, und das schon in Jesus Christus angebrochen ist.

Quelle: EKD/DBK (Hg.), *Im Sterben: Umfängen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996*, S. 6f.

Menschen – würdig sterben

Medizinische Maßnahmen, die in keiner Weise mehr der Heilung, sondern nur noch der Verhinderung des Sterbens dienen, indem sie den bereits verfügbaren Tod künstlich hinauszögern, fallen nicht mehr unter das Gebot des Lebensschutzes. Ebenso wenig lässt sich eine Pflicht zur Weiterführung einer aussichtslos gewordenen Behandlung begründen, wie sie manche Mediziner, um die Grenzen zur ethischen Euthanasie nicht zu verwischen, früher vertreten haben. Das Absetzen der Behandlung muss auch dann, wenn damit – wie bei der maschinellen Dauerbeatmung – der unmittelbare Todeseintritt verbunden ist, als Ende der künstlichen Verhinderung des Todes und nicht als seine eigentliche Ursache betrachtet werden. Der Entscheidung zum Behandlungsverzicht liegt in diesem Fall weder eine eigenmächtige Verfügung über fremdes Leben noch die Anmaßung zugrunde, den Lebenssinn und die Lebensqualität eines anderen Menschen zu bewerten. Wo die Grundkrankheit längst zum sicheren Tode geführt hätte und die begonnene Therapie nur noch unnötiges Leiden verursacht, gebietet vielmehr die Achtung vor der Würde des Sterbenden ihren Abbruch.

... Freilich erlischt der ärztliche Behandlungsauftrag noch nicht, wenn die medizinische Kunst den bevorstehenden Tod des Patienten nicht mehr abwenden kann. Im Vordergrund der ärztlichen Sorge um sein körperliches Schicksal stehen nun die Aufrechterhaltung der

medizinischen Grundpflege, eine wirksame Schmerzbekämpfung und die menschliche Zuwendung zum Kranken, die wir uns als letzten menschlichen Beistand in der Situation des Sterbens noch geben können.

Quelle: E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss*, Mainz 1993, 250f.

5.3 Position der Katholischen Kirche

Für eine neue Kultur des Lebens

Von diesem neuen Gesetz wird auch das Gebot „Du sollst nicht töten!“ beseelt und geformt. Für den Christen schließt es letzten Endes das Pflichtgebot ein, den Ansprüchen und Dimensionen der Liebe Gottes in Jesus Christus gemäß das Leben jedes Bruders zu achten, zu lieben und zu fördern: „Er hat sein Leben für uns hingegeben. So müssen auch wir für die Brüder das Leben hingeben.“ (1 Joh 3,16).

Das Gebot „Du sollst nicht töten!“ verpflichtet jeden Menschen auch in seinen positivsten Inhalten, nämlich Achtung, Liebe und Förderung des menschlichen Lebens. Es lässt sich in der Tat als ein ununterdrückbares Echo des ursprünglichen Bundes Gottes, des Schöpfers, mit dem Menschen im sittlichen Bewusstsein eines jeden Menschen vernehmen; es kann von allen im Licht der Vernunft erkannt und dank des geheimnisvollen Wirkens des Geistes wahrgenommen werden, der, da er weht, wo er will (vgl. Joh 3,8), jeden in dieser Welt lebenden Menschen erreicht und miteinbezieht.

Es ist also ein Liebesdienst, den wir verpflichtet sind unserem Nächsten „zu leisten, damit seinem Leben immer, vor allem aber, wenn es am schwächsten oder bedroht ist, Schutz und Förderung zuteil werde. Es ist nicht nur persönliche, sondern soziale Fürsorge, die wir alle dadurch ausüben müssen, dass wir die bedingungslose Achtung vor dem menschlichen Leben zum tragenden Fundament einer erneuerten Gesellschaft machen.

Es wird von uns verlangt, das Leben jedes Mannes und jeder Frau zu lieben und zu ehren und mit Standhaftigkeit und Mut daran zu arbeiten, dass in unserer Zeit, die allzu viele Zei-

chen des Todes aufweist, endlich eine neue Kultur des Lebens als Frucht der Kultur der Wahrheit und der Liebe entstehen möge.

Quelle: Johannes Paul II., *Enzyklika Evangelium vitae*, Nr. 77

Leben angesichts des Alters und des Todes

Die Bedeutung von Alter und Tod im Leben der Menschen hat sich tiefgreifend gewandelt. Vorrangig im Blickfeld unserer westlichen Gesellschaft stehen derzeit u. a. folgende Probleme. Da ist die Tatsache, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den zurückliegenden hundert Jahren von 35 auf über 70 Jahre verdoppelt hat und die Alterspyramide zunehmend auf den Kopf gestellt wird: der Anteil der 60 Jahre und älteren Mitbürger an der Gesamtbevölkerung wird von 20 % im Jahre 1991 auf vermutlich 34 % im Jahre 2040 anwachsen. So schieben sich die Probleme der Rentenversicherung, der Altersversorgung, des Pflege- und Gesundheitswesens, der Verantwortung der jungen und mittleren Generation für die älteren und alten Menschen in den Vordergrund. Viele fragen: Wie wird eine schon jetzt zu 40 % aus Alleinlebenden bestehende und in den aktiven Altersgruppen ausgedünnte Gesellschaft damit zurechtkommen? Bei vielen Älteren, Behinderten und Kranken geht zunehmend Angst um: vor Armut, Isolation und Einsamkeit. Die Neigung von Kranken, behinderten und alleinlebenden alten Menschen, ihrem Leben durch aktive Sterbehilfe in bewusster Selbstverfügung (vgl. die abzulehnenden Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben) oder durch Suizid ein Ende zu setzen, nimmt zu.

Hinter dieser Ausbürgerung des Todes aus dem Leben stehen auch die Vision vom „natürlichen Tod“ und das Leitbild des Sterbens als eines friedlichen Verlösens. Beides kommt aus natürlichen Ursachen, was bleibt, ist ein Ding, eine Leiche, eine „sterbliche Hülle“.

Das Wort des antiken Philosophen Epiktet scheint heute in neuer Weise Zustimmung zu finden: „Der Tod ist für uns ein Nichts. Denn solange wir leben, ist er nicht da. Und wenn er da ist, sind wir nicht mehr.“ Viele Menschen haben nur mehr die Erwartung, dass sie einmal schmerzfrei und in Würde sterben können.



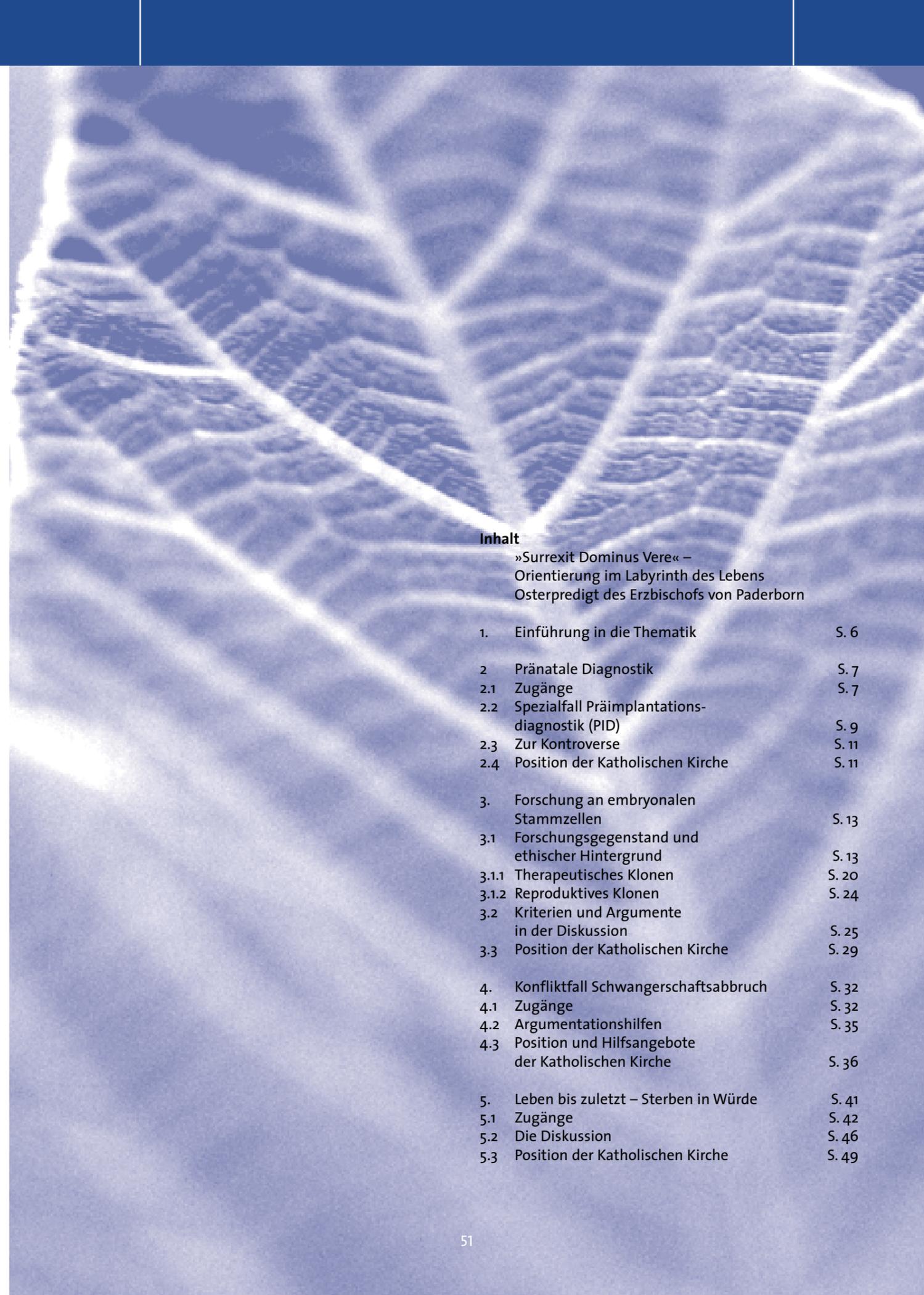
Es ist deutlich, dass solche Ansichten für Menschen, die leidvoll den Tod ihrer Angehörigen und Freunde erleben oder sich selbst bewusst mit der Endlichkeit des eigenen Lebens beschäftigen, heillos sind: sie haben keinen Verheißungscharakter. Umso wichtiger wird es für uns Christen, dass wir durch unsere Verkündigung und Glaubensexistenz Zeugnis ablegen von der Hoffnung, die uns bewegt: Das Leben ist mit dem Tod am Ende, aber noch nicht am Ziel angelangt.

Quelle: Unsere Sorge um die Toten und die Hinterbliebenen. Bestattungskultur und Begleitung von Trauernden aus christlicher Sicht, in: Die deutschen Bischöfe (53), S. 53ff.

Die Unverfügbarkeit des anderen

Keiner hat über den Wert oder Unwert eines anderen menschlichen Lebens zu befinden – selbst nicht über das eigene. Dies entzieht sich auch schlicht unserer Kenntnis: Denn jeder ist ungleich mehr und anders, als er von sich weiß. Keiner lebt nur für sich; und was einer für andere bedeutet, das wird er nie genau wissen. Im Glauben daran, dass Gott das Leben jedes Menschen will, ist jeder mit seinem Leben, wie immer es beschaffen ist, unentbehrlich.

Quelle: Gott ist ein Freund des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989, S. 106 ff.



Inhalt

»Surrexit Dominus Vere« –
Orientierung im Labyrinth des Lebens
Osterpredigt des Erzbischofs von Paderborn

1.	Einführung in die Thematik	S. 6
2.	Pränatale Diagnostik	S. 7
2.1	Zugänge	S. 7
2.2	Spezialfall Präimplantationsdiagnostik (PID)	S. 9
2.3	Zur Kontroverse	S. 11
2.4	Position der Katholischen Kirche	S. 11
3.	Forschung an embryonalen Stammzellen	S. 13
3.1	Forschungsgegenstand und ethischer Hintergrund	S. 13
3.1.1	Therapeutisches Klonen	S. 20
3.1.2	Reproduktives Klonen	S. 24
3.2	Kriterien und Argumente in der Diskussion	S. 25
3.3	Position der Katholischen Kirche	S. 29
4.	Konfliktfall Schwangerschaftsabbruch	S. 32
4.1	Zugänge	S. 32
4.2	Argumentationshilfen	S. 35
4.3	Position und Hilfsangebote der Katholischen Kirche	S. 36
5.	Leben bis zuletzt – Sterben in Würde	S. 41
5.1	Zugänge	S. 42
5.2	Die Diskussion	S. 46
5.3	Position der Katholischen Kirche	S. 49

