

**Bioethik**  
WS 2002/2003  
Prof. Dr. Johannes Reiter

VORBEMERKUNGEN

In den biologischen Fachgebieten findet derzeit eine rasante Entwicklung statt. Sie durchdringen viele Bereiche des Alltagslebens, vor allem ökonomische und soziale. Die Veränderungen auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiet wirken sich somit auch auf die sozio-ökonomischen Bereiche des Lebens aus. Das Leitmotiv sollte immer die Gesundheit sein; es gibt also einen „therapeutischen Imperativ“.

**1. Bioethik – Ethik des Lebens**

Eine sog. „grüne“ Bioethik hat in Deutschland nach wie vor Akzeptanzprobleme, wie sich z.B. bei den genetisch erzeugten Lebensmitteln zeigt. Der Verbraucher sieht keinen großen Nutzen in diesen Dingen und möchte lieber kein zusätzliches Risiko eingehen. Dies kann sich allerdings dann ändern, sobald das erzeugte Produkt irgendeinen Zusatznutzen bietet.

Die „rote“ Gentechnik dagegen beschäftigt die Menschen mehr. Es geht dabei um das „Genomprojekt“, die wissenschaftliche Etablierung des Klonens usw. Die biologischen Prozesse werden auf neuer Wissensgrundlage untersucht, das Therapieverständnis erweitert. Gleiches gilt auch für den Bereich des Sozialen. Dort allerdings hat die Diskussion beispielsweise um das Klonen von Menschen das Ausmaß eines Kulturkampfes erreicht.

Die Antwort der Ethik auf dieses Problem war die Bioethik, die als eigener Bereich die moralischen Regeln für den wissenschaftlich-technischen Umgang mit Leben im allgemeinen, mit menschlichem Leben im besonderen, formuliert und prüft.

1927 wurde der Begriff „Bioethik“ erstmals in der Zeitschrift „Kosmos“ verwendet. Um 1970 war er in den USA schon gebräuchlich geworden, allerdings in Engführung auf die medizinische Ethik. Bioethik beinhaltet aber auch folgende Bereiche: Genethik, Tierethik, Umweltethik, Neuroethik. Einige Positionen ordnen die Medizinethik der Bioethik zu, andere wiederum nicht, denn in der medizinischen Ethik gelte eine andere, mehr das ärztliche Ethos betreffende Fragestellung, in der es um das Verhältnis von Arzt und Patient gehe.

In den meisten Ländern ist der Begriff „Bioethik“ inzwischen eingeführt; für viele Menschen ist er nach wie vor negativ konnotiert, was sprachliche und inhaltliche Gründe hat. Als neutraler Begriff soll Bioethik hier als „Ethik des Lebens“ gelten.

**2. Bioethik und Menschenbild**

Die moralische Grundlage der Bioethik sind die Frage, wem unsere moralische Rücksichtnahme gilt, wer also in den moralischen Schutzbereich aufgenommen wird. Zur Beantwortung dieser Frage gibt es 4 Ansätze:

- a) anthropozentrisch  
Vertreter dieser Position sind der Meinung, nur der Mensch habe einen eigenen Wert. Der Naturschutz ist ein abgeleiteter Wert, insofern er in Bezug zum Menschen steht.
- b) pathozentrisch  
Nach dieser Ansicht haben alle leidensfähigen Wesen einen Eigenwert und sind moralisch zu berücksichtigen, sie haben bestimmte Rechte (also auch Tiere).
- c) biozentrisch  
Dieser Ansatz schreibt allem Leben einen Eigenwert zu, allerdings mit Wertabstufungen zwischen den Arten.
- d) holistisch  
Der holistischen Sichtweise zufolge ist auch unbelebte Natur um ihrer selbst willen moralisch zu berücksichtigen.

Die verschiedenen Ansätze wurden lange und ausgiebig diskutiert, jedoch konnte kein einzelner vollends befriedigen. Als Alternative bietet sich eine integrative Sichtweise an, die eine ökologisch-aufgeklärte, sog. „relative Anthropozentrik“ vertritt. Menschliche Interessen und die der leidensfähigen Tiere verdienen Achtung. Daraus ergibt sich ein Imperativ der Schonung von Lebewesen aller Arten, d.h. der gesamten Natur. Diese Ansicht entspricht auch dem biblischen Schöpfungsverständnis.

Es zeigt sich, daß hinter jedem bioethischen Ansatz ein bestimmtes Menschenbild steht. Die anthropozentrischen Grundvoraussetzungen entscheiden maßgeblich über den tatsächlichen bioethischen Fortschritt. ????

Wir haben gesehen, daß die Bioethik Antworten auf die Herausforderungen der Biomedizin geben will. Medizin und damit auch Bioethik hängen deshalb eng mit bestimmten Menschenbildern zusammen.

Das Menschenbild der Biomedizin ist naturwissenschaftlich geprägt, die Menschenwürde wird oft „biologisiert“. Das Hauptanliegen der Biomedizin ist die Entschlüsselung des menschlichen Genoms. Der Mensch mit seinen emotional-körperlichen Zuständen und seinem sozialen Umfeld wird wahrgenommen unter einem biologisch-genetischen Standpunkt. Das Menschenbild der Biomedizin erweist sich als an der Analogie von Mensch und Maschine orientiert, der Mensch erscheint in allen Lebenslagen reparabel, durch das Klonen inzwischen sogar herstellbar.

An dieser Stelle liegt die Chance der Geisteswissenschaft, die schon einen methodisch anderen Zugang vertritt. Es geht ihr um die Wahrheit, d.h. die ethischen Fragestellungen sind Grundfragen der menschlichen Existenz. Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Genome oder seiner Biologie, die Ganzheit ist die Einheit von Verschiedenem. Die primäre Frage lautet also: Was ist der Mensch und was kommt ihm als solchem zu?

Im interdisziplinären Dialog wird die Theologie mit konkurrierenden Menschenbildern konfrontiert. Sie muß diese realistisch und nüchtern zur Kenntnis und ihre Wahrheitsmomente annehmen. In den Dialog wird sie immer wieder die Frage einbringen müssen, wie sich das Wohl des Menschen, d.h. ein gelingendes Leben erreichen läßt und welche Mittel und Wege dafür in Frage kommen. Theologisch werden bei der Beantwortung

dieser Frage transzendente Seinsbezüge eine Rolle spielen, er ist nie nur Objekt oder Summe biologischer Teile. Die Theologie hat die Aufgabe, gegen die Naturwissenschaft zu widersprechen, wenn diese gegen den Menschen und dessen Würde arbeitet, wenn der Mensch ihm bloß als Mittel zum Zweck gilt.

### **3. Bioethik und Wertpluralismus**

Die Theologie sieht sich immer wieder mit konkurrierenden Wertorientierungssystemen konfrontiert. In der pluralistischen Gesellschaft gelten keinen einheitlichen Wert- und Normenvorstellungen. Das Grundproblem der Moderne besteht in der schwindenden Gewißheit darüber, was gut und richtig ist. Die Entscheidung wird dem Menschen weitgehend nicht mehr durch religiöse oder soziale Netze abgenommen. Der Differenzierung und Pluralisierung von Lebensstilen und –lagen muß auch in der Bioethik ernst genommen werden. Allerdings gestaltet sich die angemessene Differenzierung der Moral schwierig, denn wer oder was bestimmt die pluralistische Moral? Eine Antwort lautet: Die guten Sitten, d.h. das, was von den allermeisten denkenden Wesen als gut empfunden wird. Allerdings ist dieses Urteil nicht zeitlos.

Dagegen hat die Kirche einen Wahrheitsanspruch; ihre Moral kann nicht ohne weiteres dem Zeitgeist angepaßt werden. Die Theologie kann nur Angebote zur sittlich-ethischen Praxis machen, weshalb oft das, was für Christen Gewissenspflicht ist, für andere Menschen als bloße Präferenz gilt. Die christliche Moral nimmt keine Verantwortung ab, sie gibt nur Ratschläge zur Entscheidung.

### **4. Menschenwürde als regulatives Prinzip**

fehlt!

### **5. Demokratische Ansprüche und Biopolitik**

fehlt!

## § 1 WAS IST BIOETHIK?

### **I. Die bioethische Fragestellung und der Begriff der Bioethik**

#### **1. Was ist Bioethik?**

Bioethik beinhaltet eine große Menge an medizinisch-ethischen Fragestellungen. Der Begriff ist, wie oben bereits dargestellt umstritten. Erst mit Gründung der Europäischen Ethikkommission fand er auch in der Bevölkerung Akzeptanz. Oft wurde Bioethik mit dem Philosophen Peter Singer in Verbindung gebracht, was zu einer negativen Färbung des Begriffs führte. Hier soll der Begriff allerdings neutral und assoziationsfrei gebraucht werden im Sinne einer Lebensethik.

Als Bereichsethik ist die Bioethik eine Subdisziplin der vielfältigen und umfassenden angewandten Ethik. Die Bioethik will dabei keine ethische Orientierung für Biologen bieten. Es handelt sich vielmehr um den Versuch, generelle moralische Prinzipien für einen besonderen Bereich anwendbar zu machen und zur Geltung zu bringen. Das Thema der Bioethik ist somit die begründete Stellungnahme zu und moralische Bewertung der Eingriffe in menschliches, tierisches oder pflanzliches Leben. Zur Bioethik gehören deshalb auch Pflanzen- und Tierethik sowie die Ökologieethik. Während die Fragestellung in der Bioethik breiter angelegt ist und sie vor allem die Probleme behandelt, die durch den medizinischen Fortschritt entstehen, beschäftigt sich die Medizinethik im engeren Sinne mit dem ärztlichen Ethos, näherhin mit dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

An die Bioethik wird kurzfristig die Aufgabe gestellt, den medizinischen Fortschritt zu regeln. Langfristig sollte sie auf den Wohlstand des Menschen ausgerichtet sein und sich dazu auch interdisziplinärer Arbeitsmethoden bedienen.

Im Laufe der Zeit wurde die Bioethik zu einem eigenen Forschungsgebiet. Dennoch blieb sie für viele eine Herausforderung, gewissermaßen ein Reizwort. Dies hatte folgende Gründe:

1. Viele ethische Theorien, in denen der Begriff verwendet wurde, waren utilitaristisch (z.B. bei Peter Singer)
2. In der angelsächsischen Bioethik führte das ethische Denken über lange Zeit zu einem Konsens, der unseren Vorstellungen diametral widersprach (Kindermord, aktive Sterbehilfe etc.)
3. Die Unbefangenheit, mit der in Angelsachsen über solche Dinge wie Sterbehilfe u.a. diskutiert wurde, stieß bei uns auf Vorbehalt und wurde auch für die philosophische Ethik zum Problem.

#### **2. Bioethische Ansätze und Orientierungsmethoden**

fehlt!

Klaus Meyer Abich ist als Vertreter des Holismus der Meinung, daß auch die unbelebte Natur um ihrer selbst willen berücksichtigt werden muß. Er spricht deshalb auch von „Mitwelt“ statt von „Umwelt“ und fordert die

Gleichberechtigung alles Natürlichen. Wie oben bereits erwähnt, bietet keiner der vier genannten bioethischen Ansätze eine befriedigende Lösung. Deshalb vertritt man heute eher eine „relative Anthropozentrik“, die eine Integration aller 4 Ansätze versucht. Die Anthropozentrik wird hier nicht aufgegeben, sondern lediglich relativiert, weil dem Menschen (auch gemäß der Evolutionstheorie) der höchste Rang zukommt. Dieses Festhalten am anthropozentrischen Ansatz ist nötig, da der Mensch nur von sich her eine Verbindung zur Welt erhalten kann – der Mensch kann sich nicht selbst „überspringen“...

Auch theologische Erwägungen sprechen für diesen relativen anthropozentrischen Ansatz: Gott als Schöpfer erschuf den Menschen. Der Mensch ist damit Geschöpf unter anderen, doch ihm kommt eine Sonderstellung zu, da er von Gott zur Bewahrung der übrigen Schöpfung beauftragt wurde. Dieser Herrschaftsauftrag ist nicht absolut. Der Mensch ist nach wie vor für sein Handeln verantwortlich.

In der relativen Anthropozentrik werden die Schwierigkeiten der anderen Ansätze umgangen, so z.B. die Mystifizierung der Natur der biozentrischen Sichtweise. Außerdem wird an die Tradition der abendländischen Werte angeknüpft, die von jedermann grundsätzlich akzeptierbar sind. Die relative Anthropozentrik ist also prinzipiell konsensfähig. Ihre Grundsätze sind im einzelnen:

1. Der Geltungsbereich moralischer Rede ist die gesamte Natur.
2. Innerhalb dieses Bereiches gibt es graduelle Unterschiede in Bezug auf Rechte und Pflichten, die sich auf begründete Kriterien stützen müssen (man muß begründen, warum man dem Menschen bestimmte Rechte einräumt und dem Tier nicht).
3. Im Konfliktfall (Rechte Mensch/Tier oder Mensch/Mensch) sind die Interessen gegeneinander abzuwägen, wobei einzelne Interessen nicht allein deshalb Vorrang haben dürfen, weil es Interessen einer bestimmten Spezies sind.

In der Reihenfolge der Entscheidungsfindung ist im allgemeinen immer von der größtmöglichen Realisierbarkeit auszugehen, wenn sich keine Widersprüche ergeben. Aus 1. folgt dann, daß alles, was ist, seinen Eigenwert hat. Trotzdem hat eine Katze z.B. ein Recht auf ärztliche Versorgung, eine Spinne nicht (das ergibt sich aus 2.). Aus 3. folgt, daß allein das geschmackliche Interesse am Fleischessen nicht das Töten höherer Lebewesen rechtfertigt.

## **II. Zur Methode theologisch-ethischen und naturwissenschaftlichen Forschens**

Für das Gespräch zwischen Ethik und Naturwissenschaft gelten gewisse Grundregeln:

- der Mensch ist hauptsächlicher Gegenstand der Naturwissenschaft
- in der Theologie geht es um Gott
- beide Wissenschaften sagen aber etwas aus über den Ursprung des Menschen bzw. der Welt
- beide Wissenschaften haben auch ihre Aussagegrenzen

Es zeigt sich, daß eine gegenseitige Grenzüberschreitung im Dialog teilweise unerlässlich ist, vor allem, wenn man bedenkt, daß die theologischen

Wissenschaften heute vor ganz neue Aufgaben gestellt werden. Die Ergebnisse der empirischen Wissenschaften müssen in die theologische Reflexion miteinbezogen werden. Die moderne Theologie als Dienst am Menschen kann nicht spekulativ bleiben, sie muß weltimmanente Züge haben, denn nur so kann sie wegweisende Funktionen erfüllen. Die Theologie soll Antwort auch auf profan erscheinende Fragen geben, die aus dem Dialog mit den empirischen Wissenschaften erwachsen kann. Umgekehrt sind die empirischen Wissenschaften oft gezwungen, letzte Antworten offen zu lassen. An dieser Aussagegrenze der empirischen Wissenschaften beginnen die philosophischen und theologischen Reflexionen (vgl. z.B. Hans-Peter Dürr: Transzendenz und Wissenschaft).

Es zeigt sich, daß das Gespräch zwischen Natur- und Geisteswissenschaften nötig ist in der Form eines offenen Dialogs. Die Voraussetzung dafür ist allerdings die Eindeutigkeit der verwendeten Begriffe. Man spricht in Bezug auf diese Art des Dialogs auch von der sog. Konvergenzargumentation und meint damit eine echte Zusammenschau der Teilerkenntnisse. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. Diese Meinung vertrat auch schon Kardinal Newman, der den Sachverhalt am Beispiel des Elektrokabels veranschaulichte: Das Kabel ist aus einer bestimmten Anzahl einzelner Drähte geflochten. Die einzelnen Drähte für sich genommen leiten nur schwach, doch zusammen haben sie die Stärke einer Eisenstange. Also: Theologie bzw. Ethik und Naturwissenschaft können in gleichberechtigter Weise vereint werden. Die Theologie sollte zu diesem Zweck über die Grundbegriffe der Naturwissenschaft verfügen - und umgekehrt.

## EXKURS: DIE BIOETHIKKONVENTION DES EUROPARATES

### **1. Internationalisierung der Entscheidungsfindung**

Die Bedrohung der Menschheit nimmt offenkundig zu und kann nicht mehr durch traditionelle Vorstellungen und Lösungsmuster aufgefangen werden. Es handelt sich um eine Erosion der traditionellen Moral. Deshalb ist es zu begrüßen, daß sich der Europarat zu den Problemen unserer Zeit äußert.

Im „Übereinkommen über die Menschenrechte und die Biomedizin“ wurden 150 Konventionen zusammengestellt, darunter auch die Menschenrechtskonvention von 1950. Ziel der Konventionen ist die Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der die Aufweichung der ethischen Maßstäbe verhindern soll. Der Europaratkonvention kann grundsätzlich jeder Staat betreten, sie ist nicht auf Europa beschränkt.

### **2. Menschenwürde als Maßstab**

Als Orientierungsmarke für die Konventionen hat der Europarat die Menschenwürde und die daraus resultierenden Rechte und Fähigkeiten gewählt. Die Menschenwürde für alle Menschen als Grundlage der Gesellschaft, sie ist unantastbar (GG, Art. 1). Das ethische Grundanliegen der modernen Welt wird hier zum Ausdruck gebracht; alle Forderungen nach Humanität werden geschützt. Dieses Anliegen ist von theologisch-ethischer Seite nur zu unterstützen.

Seit Kant wird die Menschenwürde durch die Vernunft begründet. In der Theologie wird diese Ansicht noch vertieft: hier gründet die Menschenwürde in dem „Ja“, das Gott zu jedem einzelnen Menschen gesprochen hat. Die Begründung fußt hier auf der Lehre der Gottebenbildlichkeit. Die Begründung der Würde spielt für das Grundgesetz allerdings keine Rolle, es setzt die Würde voraus.

Als Arbeitsdefinition von Menschenwürde kann gelten: Jedem Menschen kommt aufgrund der Tatsache, daß er Mensch ist, ein Achtungsanspruch zu.

### **3. Geschichtliche Stationen**

Die Bioethikkonvention ist eine Auftragsarbeit der parlamentarischen Versammlung des Europarates. Durch die Bioethikkonvention sollte die Menschenrechtskonvention erweitert werden. Der Entwurf erfuhr in Deutschland zunächst heftige Kritik, da aufgrund der „Verbrechen der Medizin“ in der Zeit des Nationalsozialismus auf medizinethische Angelegenheiten besonders sensibel reagiert wurde. Im Oktober 1995 lehnte der Europarat den Entwurf dann einstimmig ab, bevor es 1996 zur erneuten Diskussion kam, die zu Anmerkungen verschiedener Verbände und zu Änderungen im Entwurf führte.

Die Kritik bezog sich vor allem auf folgende Punkte:

- Eingriffe in die körperliche Integrität von Personen, die nicht selbst entscheiden können (Kinder, geistig Behinderte, demente Menschen...)
- Durchführung genetischer Tests

- Fremdnützige Forschung an entscheidungsfähigen Personen und Embryonen

Die neue Fassung erhielt einen neuen Titel und wurde inhaltlich verbessert, man wurde der Kritik also gerecht. Am 7. Juli 1996 wurde die Konvention dann angenommen, jedoch nicht einstimmig (Deutschland stimmte dagegen). Am 20. September 1996 lehnte die Europäische Kommission das neue Papier mit Mehrheit ab; die parlamentarische Versammlung stimmte jedoch – gegen die deutschen Abgeordneten – zu. Trotzdem wurden noch Verbesserungen gefordert. Deutschland, Polen und Belgien enthielten sich der Stimme. Bei der Unterzeichnung gab es sog. vorläufige Nicht-Unterzeichner, wozu auch Deutschland zählte. Trotzdem willigten erstaunlich viele Staaten ein.

In Deutschland entstanden viele Initiativen zur Verbesserung der Konvention, die es bis heute noch nicht unterschrieben hat. Am 30. Oktober 1997 forderten Bundestagsabgeordnete aus CDU, SPD und Grüne die Überprüfung der Konvention. Es entstand der Zusammenschluß zum „Bündnis der Menschenrechte“. 1998 fand dann ein Dialog zur Bioethik in Bonn statt mit dem Ergebnis, daß man von der Unterzeichnung der Konvention abriet. Auf diese Feststellung reagierten andere Abgeordnete aus CDU, SPD und FDP, die die Regierung zur Unterzeichnung aufforderten. Heute ist die Meinung auch bei den Grünen nicht mehr eindeutig.

Die Entscheidung wird Deutschland unter anderem dadurch erschwert, daß es einige Maßstäbe höher, andere niedriger ansetzt als die Konvention. Zur Unterzeichnung jedoch muß eine Ratifikation in deutschem Recht erfolgen, da die Konvention ansonsten keine Geltung erlangen kann.

#### **4. Zum Inhalt der Konvention**

siehe Blatt

Gegenstand und Ziel der Konvention ist laut Artikel 1 der Schutz der Menschenwürde und der Identität aller menschlichen Lebewesen. Ihre Integrität, ihre Grundrechte und Grundfreiheiten werden garantiert.

Artikel 5 weist darauf hin, daß ein Arzt nachfragen muß und über Risiken aufzuklären hat (Konsensinformation).

Artikel 9 besagt, daß, wenn der Patient zum Zeitpunkt der medizinischen Intervention nicht seine Wünsche nicht äußern kann, früher geäußerte Wünsche zu berücksichtigen sind.

Artikel 10 betrifft z.B. die Schweigepflicht des Arztes: Jeder Arzt muß auf Wunsch Auskunft über den eigenen Gesundheitszustand erteilen, doch es gibt auch ein Recht auf Nichtwissen, d.h. der Arzt darf dem Patienten die Wahrheit nicht aufzwingen.

Artikel 12 behandelt prädiktive genetische Tests. Das sind solche Tests, die voraussagen sollen, welche Krankheit genetisch in einem Menschen angelegt sind.

In Artikel 18 wird die Zeugung von Embryonen, nur zum Zweck, an ihnen zu forschen, verboten. An diesem Artikel entzündet sich u.a. die Stammzellendiskussion.

#### **5. Strittige Punkte**



Die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen ist und bleibt ein sensibles Thema. In der Konvention erfährt das deutsche Verbot dieser Forschung eine Aufweichung, nämlich in Artikel 16 und 17. In Deutschland gilt: die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn keine einwilligungsfähigen Personen verfügbar sind. Für die Person, an der geforscht wird, darf nur ein geringes Risiko und eine minimale Belastung gegeben sein, außerdem müssen der Betreuer oder ein Erziehungsberechtigter einwilligen. Weiterhin darf kein Widerspruch von Seiten des Betroffenen erkennbar sein.

Strittig ist auch der Artikel 18 der Konvention, in dem es um die Embryonenforschung geht. Die Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken ist verboten, heißt es dort. Jedoch ist die Tür zur Embryonenforschung mit diesem Artikel prinzipiell geöffnet, denn es wird leider nicht definiert, was genau „adäquater Schutz des Embryos“ heißt. Die Forschung am Embryo ist nämlich genau dann erlaubt, wenn es um das Wohl des konkreten Embryos geht.

Ein weiterer Streitpunkt sind die prädiktiven Tests, die nur aus gesundheitlichen Gründen durchgeführt werden dürfen. Genetische Veränderungen der Embryonen sind grundsätzlich verboten, dies gilt in Deutschland schon seit 1991 durch das Embryonenschutzgesetz (ESG).

## **6. Kritische Bilanz**

Bis zur endgültigen Fassung von 1996 hat das Dokument eine positive Entwicklung genommen; in ihm wurden wichtige Regeln festgeschrieben. Allerdings bleibt fraglich, ob der Würde des Menschen in allen Bestimmungen Rechnung getragen wird, z.B. beim Thema der nicht einwilligungsfähigen Menschen. Einige wichtige Bereiche bleiben leider ausgeklammert, z.B. die Sterbehilfe.

Der Titel „Bioethikkonvention“ war mißverständlich, da es nicht um ethische, sondern um rechtliche Übereinkünfte ging. Deshalb gab man der Konvention den neuen Titel: „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“.

Insgesamt ist das Dokument eher „Patchwork“ als aus einem Guß, denn es hat sich in einem längeren Prozeß herausgebildet. Doch im Hinblick auf Biologie und Medizin werden die Rahmenbedingungen angehoben und verbessert bzw. erst neu geschaffen.

## § 2 MEDIZIN UND ETHIK IM UBRUCH - MEDIZINISCHE ETHIK

Die Fragen nach einer sinnvollen medizinischen Praxis und nach der Finanzierung des Gesundheitswesens sind zwar wichtig, doch gerät die Medizin selbst bei der Suche nach einer Antwort an ihre Grenzen. Die Frage, die sich uns hier stellt, lautet vielmehr: wir können viel – dürfen wir alles? Oft sind Entscheidungen nötig, die mit Kategorien des medizinischen Denkens alleine nicht mehr lösbar sind. Die Medizin kann sich nicht mehr aus sich selbst heraus ihre Grenzen stecken. Klar ist auch, daß der Arzt nicht mehr alles darf, was er kann. Der Patient ist sich seines Selbstbestimmungsrechtes bewußt geworden.

### **I. Was ist und was soll medizinische Ethik?**

In allen Kulturen findet sich ein Nachdenken über das ethische Handeln in der Medizin. Im christlichen Abendland gelangte der Grieche Hippokrates (4. Jh. v. Chr.) zu Berühmtheit. Als Schüler des Heraklit verfaßte er das „Corpus Hippocraticum“, das Fragmente über die medizinische Praxis, Philosophie und Ethik enthält. Ihm verdanken wird den Hippokratischen Eid, wo auf die Spannung zwischen technischem Können und moralischem Sollen hingewiesen wird. Er muß noch heute vor der Landesärztekammer abgelegt werden. Die darin festgeschriebenen Pflichten sind: Man soll sich ohne Ansehen der Person für deren Wohl einsetzen (*bonum facere*) und man soll dem Patienten nicht schaden (*nihil nocere*). Der Arzt soll sich paternalistisch, d.h. wie ein Vater gegenüber seinen Patienten verhalten.

Es hat sich gezeigt, daß diese ethischen Grenzen heute nicht mehr ausreichen. Das paternalistische Konzept des Hippokratischen Eids wurde daher durch 2 weitere medizinische Konzepte ergänzt:

#### *1. Vertragsmodell*

Das Vertragsmodell beschränkt sich auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Es tritt auf als „informed consent“, d.h. es geht primär um die (rechtzeitige) Einwilligung des Patienten in das Eingreifen des Arztes. Die Entscheidung des Patienten steht hier im Mittelpunkt.

#### *2. Prinzipienkonzept*

Hier werden 4 Prinzipien festgestellt, an denen sich medizinische Interaktionen orientieren sollen. Sie sind utilitaristisch begründbar und pluralistisch konsensfähig; sie lauten:

- Autonomie des Patienten
- Prinzip des Nichtschadens
- Prinzip des Wohlwollens
- Prinzip der Gerechtigkeit

Gelegentlich wird dem ein fünftes Prinzip hinzugefügt, nämlich das der

- Proportionalität (Verhältnismäßigkeit).

Die medizinische Ethik ist also eine kriterienorientierte Anleitung zur Selbstreflexion des medizinischen Personals und zur Argumentation als

Entscheidungs- und Rechtfertigungshilfe.

Wenn man von Ethik spricht, muß zunächst ein Mißverständnis ausgeräumt werden, nämlich die Auffassung, Ethik sei nicht lernbar. Ethisches argumentieren ist ebenso zu erlernen wie auch logisches. Allerdings sagt die Kunst der ethischen Argumentation noch nichts über das ethische Verhalten aus...

## II. Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität

Bevor man sich mit medizinischer Ethik beschäftigen kann, müssen die Grundbegriffe der Medizin geklärt werden: Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit?

Die Medizin der Gegenwart versucht nicht nur, Krankheit zu überwinden, sondern auch die Gesundheit zu erhalten. Ein Definitionsversuch der Weltgesundheitsorganisation lautet: Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen). Diese Definition erweist sich als im wissenschaftlichen Kontext unbrauchbar, doch es stimmt tatsächlich, daß Gesundheit mehr als die Negation von Krankheit ist. Zwischen Krankheit und Gesundheit tritt somit ein scharfer Gegensatz hervor.

Ein weiterer Vorschlag lautet, Gesundheit nicht allein als Freiheit von Störungen zu definieren, sondern als die Kraft, mit diesen Störungen leben zu können.

Gesundheit war früher für Mediziner das „Schweigen der Organe“.

Es zeigt sich, daß der Begriff der Gesundheit nur schwer bis gar nicht zu definieren ist. Auch ein allgemein gültiger Krankheitsbegriff wurde bislang noch nicht gefunden.

In der Rechtsprechung, genauer im Bundessozialgesetz, heißt es: „Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintreten allein Handlungsbedürftigkeit oder zugleich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“

Rotschuh definiert: „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen, psychischen oder psychisch-physischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv oder klinisch oder sozial hilfsbedürftig ist.“

Engelhardt ist der Meinung: „Krankheit ist eine körperliche oder seelische Erscheinung, die vom Patienten/Leidenden, dem Arzt und der Gesellschaft erlebt und empfunden wird und den Wunsch nach Heilung entstehen läßt.“

Krankheit enthält demnach auch gesellschaftliche Aspekte. Die dem Kranken von der Gesellschaft zuerkannte Krankenrolle enthält 4 Aspekte:

- Befreiung von täglichen Verpflichtungen
- Befreiung von Verantwortung für den kranken Zustand
- Verpflichtung, gesund werden zu wollen (der Patient darf sich nicht hängen lassen)
- Verpflichtung, fachmännische Hilfe aufzusuchen

Ebenso wie für Gesundheit oder Krankheit gibt es auch für den Begriff Lebensqualität keine abschließende Definition. Er bezeichnet in etwa das körperliche und geistige Befinden, das soziale Umfeld u.a.

Es werden 4 Lebensqualitätsdimensionen voneinander unterschieden:

### 1. *Physische Lebensqualität*

Meint Mobilität, Aktivitäten des Lebens, bestimmte Funktionsparameter, Schmerzfreiheit.

2. *Psychische Lebensqualität:*

Meint den emotionalen Zustand (Depression, Angst, Streß, Freude...).

3. *Soziale Lebensqualität:*

Meint Beziehungen, finanzielle, ökonomische und arbeitsweltliche Aspekte.

4. *Spirituelle Lebensqualität:*

Meint die Vorstellungen vom Lebenssinn, Ziele und Werte, metaphysisch-religiöse Züge.

Die individuelle Wertung anhand dieser vier Dimensionen kann immer nur vom jeweils betroffenen vorgenommen werden, denn sie kann nur im jeweils eigenen System erfolgen.

Man unterscheidet 3 Methoden der Feststellung von Lebensqualitätskriterien:

- Feststellung durch den Arzt
- Feststellung durch den Patienten
- Feststellung durch Arzt und Patient gemeinsam (= ethisch und medizinische die beste Lösung)

Fest steht, daß nie Bürokraten, Politiker oder andere von außen über die Lebensqualität von Menschen urteilen sollten, da sonst der Ethos der Medizin endet.

### **III. Die ärztliche Behandlung – Das Arzt-Patient-Verhältnis**

Die erste Begegnung zwischen Arzt und Patient findet meist in der Praxis des Arztes statt. Der Auftraggeber ist hier der Patient. Er erwartet vom Arzt, daß er ihn als kranken Menschen ernst nimmt, ihn unterstützt und ihm fachlich fundierte Hilfe leistet. Man unterscheidet zwischen der monologischen und der dialogischen Handlungsentscheidung.

Bei einer monologischen Handlungsentscheidung ist der Arzt als Fachmann der Handelnde. Der Patient ist mehr Objekt, die Krankheit ist eine Entgleisung, die „repariert“ werden kann. Der Patient wird nicht als leidender Kranke angenommen, sondern wie eine reparaturbedürftige Maschine behandelt. Man spricht auch von einer „Medizin ohne Sprache“.

In der diaologischen Handlungsentscheidung kommt das Bedürfnis des Menschen nach Selbstverantwortung zum Tragen. Über den Dialog wird versucht, den Sinn eines bestimmten Tuns gemeinsam zu erschließen. Beide können so ihre je eigene Situation einbringen. Der Arzt bindet so die Krankheit in die Lebenswelt des Patienten ein (verstehen statt reparieren), eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Absprachen usw. wird möglich. Der kranke Mensch wird als mündiger Patient behandelt, er übernimmt anteilmäßig die Verantwortung.

Trotz offensichtlicher Nachteile halten noch viele Ärzte an der monologischen Handlung fest, betrachten sich oft selbst als „Halbgötter in Weiß“.

Es ist allerdings erwiesen, daß die therapeutische Beziehung die Krankheit mitgestaltet. Der Arzt ist also selbst ein Heilmittel, so jedenfalls der ungarische Arzt M. Bolint).



### § 3 WAS IST UND WANN BEGINNT MENSCHLICHES LEBEN?

Der Kernsatz der Ethik Albert Schweitzers lautet: „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.“ Allem Willen zum Leben ist also dieselbe Ehrfurcht entgegenzubringen wie dem eigenen. (vgl. Albert Schweitzer: Kultur und Ethik, München 1960, S. 330f) Wenn man aber das menschliche Leben so hoch hält, muß man wissen, über was man eigentlich spricht...

#### **I. Was ist Leben überhaupt?**

Organismen, die folgende Kennzeichen aufweisen, sind lebend: Stoffwechsel (Bewegung), Fortpflanzung, Reizbarkeit und Energieverbrauch. Dazu zählen Pflanzen, Tiere und Menschen, jedoch nicht die unbelebte Materie. (Militante Christen betonen dies immer wieder; jedoch bleibt zu beachten, daß Gottes Wirken nicht erst beim Leben ansetzt...) Bereits Schleiermacher hat auf die Grenzbereiche zwischen toter Materie und belebter Natur hingewiesen. Beispielsweise würden wir eine sprudelnde Quelle zunächst als lebendig qualifizieren, obwohl es sich um unbelebte Materie handelt. Es gibt allerdings sichere Merkmale, die lebende von unbelebter Materie unterscheiden. Sie seien im Folgenden dargestellt.

#### **Wesentliche Ausdrucksformen und Erscheinungsweisen des Lebens**

##### **a) Gestaltetheit**

Leben findet sich nur in individuellen, ganz bestimmt geformten Organismen. Ihr Aufbau ist stufenweise gegliedert.  
Organismen → Organe → Gewebe → Zellen → Zellorgane (z.B. Membrane) → Makromolekulare Substanzen (z.B. Proteine) → organische Kleinmoleküle

##### **b) Selbsttätigkeit**

Leben ist bewegt von einem inneren Drang, von der Fähigkeit zur Aktivität, die nicht von außen erzwungen wird, sondern sozusagen aus dem Organismus hervorquillt. Das Lebewesen erhält sich selbst. Man bezeichnet das auch als Teleologie oder Zielstrebigkeit des Organismus, obschon der Organismus keinem Ziel im üblichen Sinn entgegenstrebt. Vielmehr ist der Weg, das Leben selbst, das Ziel. Der Organismus besitzt eine Regulationsfähigkeit, d.h. er kann sich auf veränderte Lebensbedingungen einstellen.

##### **c) Planmäßigkeit**

Der Lebenslauf des Organismus folgt einem Plan, der ihm gewissermaßen „einprogrammiert“ ist. Für Handlungen und Entwicklungen existieren „Baupläne“: es gibt einen Werdeplan, der die Aufeinanderfolge der Entwicklungsstufen regelt, einen Funktionsplan und einen Verhaltensplan. In diesem Zusammenhang von Zweckmäßigkeit zu sprechen, ist eher unpassend.

##### **d) Artgemäßheit**

Der biologische Terminus „Art“ ist ein Unterbegriff von Gattung.

Ähnliche Organismen gehören zu einer Art. Normalerweise gibt es zwei Ausprägungen einer Art, nämlich männlich und weiblich. Der Lebensplan ist ein konstitutives Element der biologischen Art.

### **e) Fortpflanzungsfähigkeit**

Die Fortpflanzung beschränkt sich i.d.R. auf die eigene Art. Das biologische Erbgut wird durch die Fortpflanzung weitergegeben. Lebend sind also Erbsubstanz und Eiweiß enthaltende Organismen, die sich selbständig vermehren können und über Stoffwechsel und Energieverbrauch verfügen. (Viren sind im Grenzbereich zwischen belebter und unbelebter Natur...)

## **II. Wann beginnt das menschliche Leben?**

hier fehlt was!!! (4.12.02)

Von der 1. bis zur 9. Schwangerschaftswoche (SSW) spricht man vom Embryo, ab der 9. Woche vom Fötus.

Ab der 10. SSW werden die Fähigkeiten des Kindes stärker durch die Umwelt beeinflusst, der Tastsinn bildet sich aus, Berührungen sind also wichtig für den Fötus. Sein Gleichgewichtssinn entsteht, er kann Purzelbäume schon vor der 12. Woche schlagen. (vgl. Übersicht)

Schon im Mutterleib können alle Sinne arbeiten. Die Bewegung ist eine der frühesten Fähigkeiten des Kindes, die auch wichtig für seine spätere Entwicklung sein wird. Das Kind entwickelt eine innere Eigenregulation, d.h. es kann das Verhalten der Mutter ausgleichen – allerdings nicht vollständig. Machtlos ist es gegen Sauerstoffmangel im Gehirn (der z.B. durch Rauchen angeregt wird) oder gegen Krankheitserreger.

Das Kind reagiert weiterhin auf die Hormonausschüttung der Mutter, je nachdem positiv oder negativ. Wenn die Mutter das Kind freudig erwartet, geht die Geburt oft unkompliziert von statten und die Kinder werden ausgeglichener (allerdings nicht zwangsläufig). Die Geburt selbst wird ausgelöst über eine Hormonausschüttung an die Plazenta.

## **III. Wann beginnt individuelles menschliches Leben?**

### **1. Einige Daten**

Die Biologie und die Embryologie der jeweiligen Zeit bestimmen die Sicht des Lebens. Die Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle wurde erst 1944 zum ersten Mal beobachtet. Die Embryologie ist damit eine sehr junge Wissenschaft.

Auch vor der Erfindung des Mikroskops interessierten sich Wissenschaftler für den Beginn des Lebens, doch waren sie auf Spekulation angewiesen. Aristoteles z.B. schloß aus der Beobachtung eines Kükenembryos, daß der menschliche Embryo durch die Beimischung von männlicher Samenflüssigkeit zum Menstrualblut werde. Die Entwicklung des Embryos bestimme weitgehend die Mutter, das Leben allerdings sei im Samen enthalten und komme demnach vom Vater.

Claudius Galen, der von 129-199 in Rom lebende Arzt, gab eine andere

Erklärung, die sich ganze 1500 Jahre halten konnte. Er sprach von „emboitements“ (Ineinandergerufene, Verschachtelte): der weibliche Samen enthalte kleine Embryonen, denen der männliche Samen dann zum Wachstum ver helfe.

1677 beobachtete Anton v. Leeuwenhoek zum ersten Mal Spermien mit dem Mikroskop. Man dachte, der Samen enthalte kleine menschliche Wesen und konnte sich infolgedessen die Rolle des Spermas bei der Zeugung nicht erklären.

Vor 125 Jahren entdeckte man die Träger der Erbinformation, die Chromosomen. Erst seit 45 Jahren ist klar, daß eine Embryonalzelle nur 46 Chromosomen enthält.

Die Äußerungen der Philosophie zum menschlichen Leben waren immer abhängig von den Erkenntnissen der jeweilig gegenwärtigen Naturwissenschaft.

Die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens ist auch durch die aufkommende Embryologie wieder in den Vordergrund getreten. Die gegenwärtige Forschung kennt 6 verschiedene Theorien zum Beginn des menschlichen Lebens (vgl. Genetische Gesellschaft, S. 118-129):

1. Das menschliche Leben beginnt mit der Verschmelzung der Keimzellen.

- nach der Verschmelzung entsteht eine völlig neue biologische Realität, ein eigenes Steuersystem, ein eigenes Lebensprinzip. Die Entwicklung dieses neuen Wesens ist durch die ihm eigenen Gene bestimmt; nach der Verschmelzung ist also bereits volles individuelles Leben gegeben
- es mag radikal sein, den Anfang des Lebens bei der Verschmelzung anzusetzen, doch gibt es in der weiteren Entwicklung keinen derart scharfen Einschnitt mehr. Auch wenn ein im Labor erzeugter Embryo einen Mutterleib zum Überleben braucht, so sind mit der Verschmelzung alle Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Lebensprozeß enthalten.

2. Das Leben beginnt nach Abschluß der Einnistung (5.-9. Tag).

- erst mit dem Zeitpunkt der Einnistung stellt sich der mütterliche Organismus auf die Versorgung des Embryos ein. Dieser fließende Prozeß beginnt allerdings schon vor der Nidation, worauf die Nobelpreisträgerin Nusslein-Volhard hingewiesen hat.
- dieses Position scheint die gesamtgesellschaftlich akzeptierte zu sein, denn sog. Nidationshemmer (wie die Spirale oder die „Pille danach“) sind bei uns nicht verboten

3. Das Leben beginnt mit dem Ende der Möglichkeit der Mehrlingsbildung (ab dem 13. Tag).

- hinter dieser Position steht die Überlegung, daß ein Individuum nicht noch einmal in mehrere Personen



- getrennt werden kann
- dem läßt sich leicht entgegenhalten, daß Individualität (ungeteilt) nicht dasselbe ist wie Singularität (unteilbar). Außerdem kann eine Teilung schon vor dem 13. Tag unbemerkt stattfinden.
4. Das Leben beginnt im Verlauf des 3. Monats mit der Entwicklung des Gehirns.
- Vertreter dieser Position bestehen auf die vermeintlichen Entsprechung von Anfang und Ende der Gehirntätigkeit als Anfang und Ende des Lebens (als Tod wird heute der Hirntod [s.o.] definiert)
  - allerdings lassen sich Anfang und Ende der Hirntätigkeit nicht in völliger Parallelität betrachten: nach dem Ende der Hirntätigkeit ist ein Mensch zwar definitiv tot, doch ist ein Embryo schon vor Beginn der Hirntätigkeit lebendig.
5. Das Leben des Menschen beginnt erst mit dem Ende der Schwangerschaft, also mit der Geburt.
- erst nach der Geburt erfährt das Kind die Annahme in der Gesellschaft, was vor dem Hintergrund als Beginn des Lebens angesehen werden kann, daß sich ein Mensch erst in Beziehungen zu anderen verwirklicht
  - gegen diese Position sprechen mehrere Einwände: Für Menschen sind Beziehungen zwar ein wichtiges Element des Lebensvollzugs, aber man kann davon nicht die Definition des Lebens ableiten. (Was wäre dann mit Menschen, denen es nicht möglich ist, Beziehungen zu führen, z.B. Caspar Hauser?);
  - Philosophie und Theologie sind sich in dem Punkt einig, daß dem Menschen Leben von Natur aus zukommt und sich nicht erst über Beziehungen konstituiert.
6. Das Leben beginnt während der ersten Lebensjahre, wenn der Mensch Selbstbewußtsein und freien Entscheidungswillen hat
- diese von Peter Singer vertretene Position ist höchst umstritten, geht sie doch davon aus, daß weder beim Embryo noch beim Kleinkind Selbstbewußtsein vorhanden ist
  - das Bild des Menschen wird hier auf den aktuellen Besitz von geistigen Fähigkeiten verkürzt. In der gegenwärtigen Philosophie und Theologie wird die Meinung vertreten, daß es allein auf die Potentialität ankommt, die einen Menschen zum Menschen macht. Ansonsten gäbe es keinen Unterschied zwischen Schlafenden, Bewußtlosen und Toten.

Eine Klugheitsregel aus der Ethik, die vor allem in Fragen des Lebens (theologisch: des Seelenheils) angebracht ist, lautet: man soll die sicherste Alternative wählen, alles andere wäre Willkür. In bezug auf die Frage nach

dem Beginn des menschlichen Lebens ist dies die vorgestellte Position 1, die von allen Kirchen vertreten wird, die Gott als einen Freund des Lebens ansehen.

Der Standpunkt dieses „Auf Nummer sicher – Gehens“ bezeichnet man auch als Tutorismus (von griech. tutos = sicher)

Die Frage nach dem Lebensbeginn eines geklonten Menschen bleibt jedoch auch unter Einbeziehung dieser Position problematisch. Beim Klonen treffen nicht Samen- und Eizelle zusammen mit je 23 Chromosomen, sondern ein vollständiger Chromosomensatz mit 46 Chromosomen wird mit einer Eizelle verbunden.

Letztlich läßt sich der Beginn des individuellen Lebens nicht eindeutig entscheiden. Auch die Kirche kann nicht eindeutig Stellung beziehen im Sinne eines Dogmas, einer Lehrentscheidung. In der Instruktion Donum Vitae von 1987 findet sich aber der Hinweis, daß die Seelenempfängnis schon mit der Empfängnis, d.h. im Moment der Verbindung von Ei- und Samenzelle, stattfindet. Der Zeitpunkt der Befruchtung ist also der Zeitpunkt der Beseelung. Vor diesem Hintergrund wird der SA radikal abgelehnt – ohne ihn könnte man nur pragmatische Gründe gegen die Abtreibung anführen.

An die Frage nach dem Beginn des Lebens schließt sich auch die Diskussion über den moralischen Status des Embryos an, also die Frage nach dem Grund seiner Schutzwürdigkeit. Auch hierzu kann man auf 2 verschiedene Arten Stellung beziehen:

**1. Absoluter / substantieller Lebensschutz**

Hinter dieser Auffassung steht die Unantastbarkeit der Menschenwürde. Ihr Schutz ist nicht mit anderen Gütern verrechenbar, auch nicht mit der Freiheit der Wissenschaft. Wenn Leben gegen Leben oder andere Güter, z.B. Liebe, steht, kann man Leben abwägen. Doch Menschenwürde läßt sich niemals abwägen!

**2. relativer / prozentualer Lebensschutz**

Die Menschenwürde wird erst im Laufe des Lebens erworben und ist erst ab einem bestimmten Stadium der Entwicklung des Menschen anzunehmen.

Überflüssig zu erwähnen, daß die Kirchen auch hier die erste Position vertreten und die zweite ablehnen. Politisch gibt es in keiner Partei eine eindeutige Meinung zu dieser Problematik.

## § 4 SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH (SA) ALS INDIVIDUELLES UND GESELLSCHAFTLICHES PROBLEM

Im Jahr 2001 wurden 134 955 (!) Schwangerschaften abgebrochen. Das ist gegenüber 2000 ein Anstieg um 0,3%. Bei den Minderjährigen ist die Abtreibungsrate gegenüber 2000 in 2001 um 20% angestiegen. Die meisten Abbrüche erfolgten operativ. In 600 Fällen wurde die Abtreibungspille „Mifegyne“ (RU486) verwendet, das waren 44% mehr als in 2000.

### **I. Die Dringlichkeit der erneuten Diskussion**

Moraltheologie und Kirche haben in der Frage des SAes eine Mitverantwortung. Sie müssen ihre Position immer wieder überdenken und anderen einsichtig machen.

Viele Frauen erfahren die Schwangerschaft und die Kindererziehung als eine Last aufgrund ihrer individuellen Lebensumstände. Eine Schwangerschaft kann quer zu allen Lebensplänen stehen.

Die Kirche soll nun ungeborenes Leben schützen und den Frauen, die durch eine Schwangerschaft in Bedrängnis geraten, helfen. Oft kann aber kein Einklang herbeigeführt werden.

Für den SA gibt es verschiedene gesellschaftliche Hintergründe. Der traurige „Boom“ der Abreibung ist ein Symptom unter vielen, die die Auffassung von Leben heute widerspiegeln. Das Leben scheint absolut planbar und verfügbar geworden zu sein, vor allem durch die Errungenschaften der Medizin. Es kann manipulativ beeinflusst werden. Menschliches Leben kann im Reagenzglas gezeugt, der Tod kann sehr lange hinaus gezögert werden. Es besteht die Möglichkeit der Verzweckung des Lebens. Oft ist die Forschung am Wohl der Gesellschaft interessiert; derjenige, der krank ist, stört das „gesunde“ Bild (vgl. A. Huxley: Schöne neue Welt.).

Einer Mentalität des Machens (Leben und Tod kann „gemacht“ werden) entspricht eine Mentalität des Wegmachens, des Abtreibens. Die religiöse Begründungsbasis gegen diese Mentalität ist weitestgehend weggefallen. Weiterhin ist in unserer Gesellschaft die Meßlatte für das Ertragen von Unvorhersehbaren oder scheinbar Unzumutbarem radikal gesunken. Man will sich auf das, was passieren kann, verantwortlich und mit guter Planung einstellen. Aber das Leben ist nicht vollständig planbar. Eine ungewollte Schwangerschaft führt zum Konflikt.

Die Annahme eines ungewollten Schicksals ist schwierig, wenn Mündigkeit und Selbstverantwortung zu den höchsten Werten zählt. Doch im Leben muß auch Zufälliges angenommen werden, denn an Grenzen stößt man früher oder später immer.

Die Zumutbarkeit des Schicksals ist natürlich individuell von lebensgeschichtlichen Faktoren abhängig. Doch die Kriterien hierfür können nie eine hinreichende Legitimation sein, die Würde eines anderen Menschen nicht mehr zu achten.

Schon im Ps 68,20 wird darauf hingewiesen, daß Belastungssituationen die menschliche Reife fördern. Auch der Volksmund kennt diese Weisheit: Gute Erfahrungen machen uns reicher, schlechte Erfahrungen machen uns reifer. In unserer Gesellschaft ist diese Einstellung nicht mehr häufig zu finden.

## II. Die biologisch-anthropologische Seite des Problems

### 1. Zur Terminologie

#### a) *Abtreibung / Aboruts*

Meint jeden Eingriff im Zeitraum zwischen Empfängnis und Geburt, der das menschliche Leben zerstört. Dieser Begriff wird v.a. von Theologen und Gegnern des Abbruchs verwendet.

#### b) *Schwangerschaftsunterbrechung*

Dieser Begriff ist sachlich unrichtig, da eine Schwangerschaft nicht einfach unterbrochen werden kann. Es handelt sich augenscheinlich um einen Euphemismus

#### c) SA

Hierbei handelt es sich um einen neutralen, aber auch verharmlosenden Begriff. Es wird unterschlagen, daß es letztlich um eine Tötung geht. Trotzdem ist er der passendste Begriff für die Diskussion, da er keine Qualifizierung beinhaltet.

### 2. Die Durchführung eines Abbruchs

#### *Die Methoden*

#### a) **Abtreibungsmittel und Gifte**

Abtreibungsmittel werden weniger von Ärzten als vom Laienpublikum benutzt. Sie können oral oder vaginal benutzt werden (als Seifen- oder Salzlösung) und führen eine Fehlgeburt herbei. Ob die erwünschte Wirkung erreicht wird, ist allerdings nicht sicher, und es besteht ein großes Nebenwirkungsrisiko (Blutungen, Embolie). Es wird keine Kontraktion der Gebärmutter herbeigeführt, nur die Auflösung der Leibesfrucht.

#### b) **der vom Arzt vorgenommene Abbruch**

Ein vom Arzt vorgenommener Abbruch kann operativ oder pharmakologisch/chemisch durchgeführt werden. Die Methode hängt von der Größe des Kindskopfes ab. Das Ziel ist, diesen Kopf aus der Gebärmutter zu entfernen. Je nach Fortschritt der Schwangerschaft werden verschiedene Operationsmethoden angewandt:

##### 1) *bis zur 6. SSW (post menstruatio)*

In diesem Fall wird keine Narkose benötigt. Mit einer Plastikkanüle wird die Leibesfrucht abgesaugt. Man hat diese Methode auch schon verniedlichend als „Menstruationsregulierung“ bezeichnet. Nach der Absaugung stellt sich der Hormonhaushalt wieder um, als hätte keine Einnistung stattgefunden. Die Gefahren sind: Blutungen oder Durchstoßen der Gebärmutterwand. In 2 von 3 Fällen ist diese Art des Eingriffs erfolgreich

2) *von der 7. bis zur 12. SSW bis zur 12. SSW ist die Abtreibung gesetzlich erlaubt]*

Bei dieser Methode wird eine Erweiterung des Gebärmutterhalses unter Narkose herbeigeführt, was zu Komplikationen führen kann. Der Zervix wird aufgedehnt und der Embryo wird mitsamt der Nachgeburt abgesaugt. Dieser Saugvorgang birgt vergleichsweise geringe Risiken. Gefährlicher ist dagegen das Ausschaben bei der instrumentellen Abtreibung. Diese Methode hat wesentlich zur Verbreitung des SAs beigetragen.

3) *ab der 13. SSW*

Legal ist eine Abtreibung in Deutschland ab der 13. SSW nur aus medizinischer Dringlichkeit (medizinische Indikation) möglich, d.h. wenn das Leben des Kindes oder das Leben der Mutter gefährdet sind. Das Ziel der medizinischen Maßnahme ist die Entfernung des Kindes aus der Plazenta. Dazu muß alle 3 Stunden Prostaglandin eingenommen werden (vaginal), das Gebärmutterkontraktionen verursacht. Statt einer Vollnarkose wird eine schmerzlindernde Rückenmarksnarkose verabreicht. Durch eine Infusion mit Prostaglandin werden medikamentöse Wehen herbeigeführt. Es kommt schließlich zur Geburt des schon abgestorbenen Kindes mitsamt der Nachgeburt. Danach ist eine Ausschabung nötig, damit keine Reste im Mutterleib zurückbleiben. Diese Methode ist sowohl für das Personal als auch für die Mutter belastend, da das Kind u.U. auch lebendig zur Welt kommen kann. Psychisch schonender wäre in diesem Zeitraum ein Kaiserschnitt, der aber operativ belastender ist.

**c) Abtreibung mit RU486** (≠ „Pille danach“, die nur Einnistung verhindert)

Zur Geschichte der Pille RU486 ist zu sagen, daß sie ihren Namen dem französischen Pharmaunternehmen „Roussel Uclaf“ verdankt, zusammen mit der Seriennummer des entscheidenden Moleküls. Im April 1980 gelang die Herstellung eines sog. „Steroidhormons“ (heute: Mifegyne oder Mifeprystal). Der Wissenschaftler Baulien publizierte die ersten Ergebnisse einer Versuchsreihe, bei der 9 von 8 Frauen erfolgreich mit RU486 abgetrieben haben. Bei der Pille handelt es sich um ein synthetisches Hormon, das die Wirkung des schwangerschaftserhaltenden Hormons Progesteron auflöst. Die Frucht wird dann durch Wehentätigkeit ausgestoßen. Ab 1988 wurde RU486 in Frankreich als Alternative zur operativen Methode erlaubt, und zwar bis zum 49. Tag post menstruatio. In Großbritannien erlaubte man die Abtreibung mit dieser Pille bis zum 63. Tag (9. Woche), in Deutschland ebenfalls bis zum 49. Tag (7. Woche). 1996 beschloß die Europäische Arzneimittelagentur in London die zentrale Zulassung des Mittels für die EU. Seit 1999 ist RU486 auch im deutschen Handel zu finden.

Anfangs war das Mittel in Deutschland unbeliebt, weil der Arzt nur ungefähr 150 € an einer Abtreibung mittels der Pille verdient, die Pille selbst aber ungefähr 180 € kostet. Diese Kosten müssen vom Arzt erstattet werden, da es RU486 nicht in Apotheken gibt. Eine Bedingung für die Zulassung des Präparats in Deutschland war die Nachvollziehbarkeit jeder einzelnen Packung gewesen.

Bei einem chirurgischen Abbruch verdient der Arzt zwischen 250 und 400 €,

weshalb diese Methode lange beliebter war.

Bis zur Abtreibung mit RU486 ist es ein weiter Weg: mindestens 4 Arztbesuche sind im Vorfeld notwendig. Zunächst muß eine gynäkologische Voruntersuchung stattfinden. Dann muß die Mutter 3 Tabletten unter ärztlicher Aufsicht einnehmen, damit kurz darauf das Prostaglandin verabreicht werden kann, um die Abstoßungsrate zu erhöhen. In einem Zeitraum von 6 Stunden wird der Embryo dann abgestoßen. Danach muß die Frau noch 3 Tage unter ärztlicher Aufsicht bleiben. Nach 2 Wochen wird dann die ärztliche Abschlußuntersuchung vorgenommen. Unter Umständen ist eine operative Nachbehandlung nötig, wenn nicht die ganze Leibesfrucht abgestoßen wurde. RU486 kann nicht allen Frauen verabreicht werden. Aus medizinischen Gründen sind folgende Frauen ausgeschlossen: Schwangere über 35, starke Raucherinnen, Allergikerinnen, Asthmatikerinnen, Epileptikerinnen, Frauen mit Nierenleiden, Frauen mit Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Problemen oder mit Magen-Darm-Leber-Störungen.

Oft hört man in der Diskussion, RU486 sei die schonendere Methode der Abtreibung – doch dies ist nicht wirklich so. Das Mittel führt nur in 60% der Fälle allein die abtreibende Wirkung herbei. Es wird deshalb nur in Verbindung mit Prostaglandin verwendet. Dann sind 97% der Abtreibungen erfolgreich. Die Nebenwirkungen reichen von Gebärmutterblutungen über Herzinfarkt bis hin zum Tod, der bisher einmal infolge dieser Abtreibungsmethode eingetreten ist. Die psychische Belastung der Frau ist bei der Abtreibung mit RU486 höher als bei einem chirurgischen Abbruch. Die Frau wirkt hier nämlich aktiv am Abbruch mit durch die Einnahme der Tablette. Sie trägt deshalb die Verantwortung nicht nur im Sinne der Entscheidung, sondern auch des Tuns („Mittäterschaft“). Die Schuldgefühle können im Nachhinein nicht auf den abtreibenden Arzt allein projiziert werden. Gerade die 3 Tage zwischen Pilleneinnahme und Abstoßung können psychisch ungeheuer belastend sein, denn dann gibt es kein Zurück mehr. Die Pille ermöglicht zwar eine Verkürzung der Krisenzeit im Vergleich zur operativen Abtreibung, aber es fehlt auch eine Zeit des Überdenkens der Entscheidung. Die Pflichtberatung zum SA muß laut Gesetz auch bei RU486 in Anspruch genommen werden. Es besteht dennoch die Gefahr, daß die Entscheidung in den 3 Tagen zwischen Tabletteneinnahme und Abstoßung bereut wird.

Die Darreichungsform von RU486 als Pille wirkt sich weiterhin negativ auf das ethische Bewußtsein aus: heute scheint es gegen jedes „Wehwehchen“ eine Pille zu geben, auch gegen Kinder...

Die Grenze zwischen Verhütung und Abtreibung wird künftig wohl noch mehr dynamisiert werden. Die „Pille“ als Verhütungsmittel wird kaum noch von der „Pille danach“ unterschieden. Beides wird als eine Art Medikament angesehen – doch was ist die „Krankheit“? Kardinal Meißner bezeichnete RU486 auch als „Mord- oder Tötungspille“, um zu verdeutlichen, daß es sich nicht um ein Medikament handelt.

Die Methodenfrage der Abtreibung rückte mit RU486 wieder in den Vordergrund, als handle es sich dabei um den wichtigsten Diskussionspunkt. Vergessen wird immer mehr, daß eine Pille nicht von dem Problem befreit, daß Abtreibung Tötung menschlichen Lebens ist.

Durch RU486 und die „Pille danach“ besteht auch die Gefahr, daß Paare weniger Wert auf verantwortungsvolle Familienplanung legen, denn im „Notfall“ kann man „schnell“ eine andere Pille nehmen.

Dies sind die Gründe, weshalb sich die Kirche nach wie vor auch gegen die

Einführung der „Pille danach“ wendet. Sie setzt sich dafür ein, daß Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Abtreibung verhindern können, z.B. in bezug auf die Arbeitsmarktsituation. Weder der Druck des Arbeitgebers noch der des Partners dürfen Kriterium zur Entscheidungsfindung sein.

Bei legalen wie bei illegalen Durchführungen der Abtreibung kam es bisher auch – selten – zu Todesfällen. Allerdings geschehen bei illegalen Abtreibungen („Engelmacherinnen“) häufiger Unfälle auf. Oft folgt darauf Sterilität oder es kommt bei späteren Schwangerschaften zu Komplikationen. Neurotische Störungen wurden auch bei legalen Abtreibungen beobachtet. Solche psychischen Folgen sollten nicht unterschätzt werden.

Der Psychoanalytiker Peter Petersen beschreibt in dem Band „Herausforderung SA“ (Hg.: Reiter/Keller) 4 Bewältigungsstrategien nach einer Abtreibung (die nicht zwingend nacheinander ablaufen müssen):

1. Normalpsychologische Bewältigung  
Ca. 60-80% der Frauen bewältigen die Abtreibung normalpsychisch. Für sie bedeutet der Abbruch eine Entlastung, da das Kind nun endlich weg ist. Ihr Empfinden ist unproblematisch, sie sind psychisch symptomlos. Ein geringer Teil der Frauen trägt seelische Störungen davon, und zwar 4-10% über längere Zeit, 10-27% leichtere Störungen, die vorübergehen. Bei manchen kommt es auch nach anfänglicher Hochstimmung nach Tagen oder Wochen zu Depressionen aufgrund einer gespaltenen Wahrnehmung, die auch zu Schuldgefühlen und Schuldvorwürfen gegen den Partner führen können.
2. Durchbruch destruktiver Tiefenerlebnisse  
Oft werden hier Panik, Angst, emotionales Chaos, Verzweiflung und psychischer Schmerz erlebt.
3. Akzeptieren individueller Verantwortung und existentieller Wirklichkeit  
Die Gefühle sind schmerzliche Klarheit und Trauer. Die Frauen reden dann von „Kind“ und „Töten“, nie von „Fötus“ oder „Embryo“. Die Schuldvorwürfe richten sich nicht mehr an andere.
4. Beziehung zum toten Kind  
In der wissenschaftlichen Literatur ist diese Dimension am wenigsten beschrieben. Es handelt sich um die „Dimension des Unsagbaren“, die leisen Töne stehen im Vordergrund. Die Panik schweigt ebenso wie die Ratio. Die Frauen halten innere Zwiesprache mit dem Kind, auch in ihren träumen.

### **3. Anlässe und Ursachen des SAs**

#### a) Die sog. Indikation

Ursprünglich wurde der Begriff bei Medizinern im Sinne einer „Heilanzeigen“ gebraucht. Heute bezeichnet er die „Anzeiger“ (hinreichenden Gründe) für eine Abtreibung.

#### aa) Die medizinische Indikation

Hierbei handelt es sich um einen Abbruch aus medizinischen Gründen. Wenn das Leben der Frau in Gefahr ist, spricht man von Vitalindikation, wenn es um eine gesundheitliche Gefährdung geht, von therapeutischer oder prophylaktischer Indikation. Eine medizinische Indikation liegt vor, wenn sich der entweder eh schon angegriffene Gesundheitszustand durch den Abbruch verschlechtert würde oder die Gesundheit generell beeinträchtigt würde. Unter die medizinische Indikation fällt auch die psychiatrische Indikation, z.B. bei Selbstmordgefahr, die als Grund für einen Abbruch angeführt werden kann.

#### bb) Die ethische/kriminologische Indikation

Wenn die Schwangerschaft durch einen kriminellen oder „unehrenhaften“ Akt (vgl. GG!) zustande gekommen ist, liegt eine Indikation für einen Abbruch vor. Die Schwangerschaft ist der Frau dann gegen ihren freien Willen aufgezwungen worden. Schwangerschaft kann auch eine Folge sexuellen Mißbrauchs minderjähriger Kinder oder bewußtseinsunfähiger Menschen sein. Sexuelle Nötigung und Inzest sind damit Gründe, die eine Abtreibung rechtfertigen.

#### cc) Die embryopathische Indikation

Die embryopathische Indikation ist auch als eugenische, genetische oder kindliche Indikation bekannt. Sie beruht auf der Vermutung, daß das Kind leiden wird aufgrund seiner Erbanlagen, z.B. bei Chromosomenschädigungen (Mongolismus). Auch die – Bluterkrankheit wurde schon als eine Abtreibung legitimierende Schädigung des Kindes angeführt. Ebenso gilt eine Indikation als embryopathisch, wenn auf das Kind während der Schwangerschaft schädliche Umwelteinflüsse einwirken, z.B. Infektionen der Mutter, Medikamente, Strahlen (radioaktive, Röntgen). Die Begründung zur Legitimation der Abtreibung lautet, man könne dem Kind nicht zumuten, unglücklich geboren zu werden. In manchen Fällen werden auch Interessen der Gesellschaft geltend gemacht, für die der Faktor „Behinderte“ eine finanzielle Belastung darstellt...

#### dd) Soziale Indikation

In diesen Fällen liegt eine Notlage-Indikation vor, d.h. die Notlage soll vermieden werden (z.B. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Verschuldung). Auch familiäre Konflikte spielen hier eine Rolle, sowie der Interessenkonflikt von Beruf einerseits und Familie andererseits bei der Frau. Auch Alkoholismus des Partners oder der Fall, daß das Kind aus einem unehelichen Verhältnis stammt, können als soziale Indikation geltend gemacht werden.

Laut Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes von 1993 zum §218 ist der Abbruch der Schwangerschaft dann gerechtfertigt (aber NICHT straffrei!), wenn folgende Indikationen vorliegen:

- medizinische
- embryopathische



- kriminologische
  - 1995 trat eine Neuregelung in Kraft, die nur noch zwei Indikationen anerkannte:
  - medizinische
  - kriminologische
- Die embryopathische Indikation ist faktisch in der medizinischen Indikation aufgegangen.

#### b) Subjektive Gründe

Subjektive Gründe sind bei Schwangerschaftsabbrüchen häufig zu finden, v.a. bei un- oder außerehelichen Schwangerschaften.

#### c) Verhalten und Situation der Frau

Eine Studie von 1998 befragte vom SA betroffene Frauen zu ihrer Motivation mit folgenden Ergebnissen:

1. Die Abtreibung ist oft Ergebnis einer ungeklärten Lebenssituation (Labilität). Oft geschieht sie in einer finanziell ungeklärten Situation oder in einer labilen Partnerbeziehung. 58% der Frauen, die abgetrieben haben, leben nicht mehr mit dem „Vater“ des Kindes zusammen; bei 24% ist die Partnerschaft mit Anbeginn der Schwangerschaft zerbrochen.
2. Die Zahl der ungewollten Schwangerschaften hat sich in den letzten Jahren erhöht. Die Bereitschaft zur Elternschaft und das Auskosten der sexuellen Freiheit fallen immer weiter auseinander. Oft liegen 10 Jahre zwischen der ersten sexuellen Beziehung und der ersten erwünschten Geburt des Kindes.
3. Junge Frauen haben andere Motive für den Abbruch als die älteren. Bei jungen Frauen kulminieren die Probleme: sie sind finanziell ungesichert, haben Ängste, sich die Zukunft zu verbauen, Partnerprobleme und es stellt sich die Frage der Reife für die Mutterschaft.
4. Ältere Frauen haben andere Motive. Sie möchten oft keine weiteren Kinder, fühlen sich zu alt und befürchten gesundheitliche Probleme.
5. Als Begründung für die Abtreibung werden von 39% der Frauen finanzielle Probleme angeführt. 37% haben Angst, sich die Zukunft zu verbauen und 28% leiden unter Beziehungsproblemen. In 25% der Fälle fehlt ein Ehepartner bzw. leidet die Partnerschaft unter Konflikten. Oftmals werden mehrere Gründe gleichzeitig angeführt.
6. Entscheiden sich die Frauen für das Kind, tun sie das v.a. aus drei Gründen:
  - Scheu, das ungeborene Leben zu vernichten
  - Vorfreude auf das Kind
  - Angst vor seelischen Konflikten
7. Das psychologische Moment, das die Schwangerschaftsabbrüche erst ermöglicht, ist die Abstraktheit des ungeborenen Kindes. Im Moment der Diagnose sind Gedanken an das Kind sehr selten, zunächst geht es um die eigenen Situation. Gegen diesen Mißstand kann vorgegangen werden, indem immer wieder über das Leben im Mutterleib aufgeklärt wird, z.B. durch Filme u.ä.)
8. Die Mehrzahl der Frauen ist sich ihrer Schwangerschaft sicher, bevor sie den Arzt oder den Partner informiert. 59% sind bei der ärztlichen

- Diagnose schon sicher, daß sie das Kind nicht wollen, 55% davon schon, bevor sie mit dem Partner redeten.
9. Je sicherer sich eine Frau zum Zeitpunkt der Diagnose ist, desto unwahrscheinlicher ist eine Korrektur der Entscheidung zugunsten des Kindes. 34% fällten die Entscheidung erst nach längerer Überlegung.
  10. Das private Umfeld, besonders der Partner, ermutigt die Frauen meist nicht, sich für das Kind zu entscheiden. Oft herrscht Bestürzung und Unsicherheit, bestenfalls reagieren andere Menschen neutral.
  11. V.a. jüngere Frauen werden meist heftig durch die negative Reaktion des Partners unter Druck gesetzt, nämlich 27% aller Frauen und 44% der unter 25jährigen.
  12. Ledige Mütter befinden sich in einer schwierigen Lage. Frauen ohne Partner mit Kind haben oft finanzielle Probleme, Familie und Beruf ist schlecht vereinbar. Durch diese Schwierigkeiten wird ein Abbruch wahrscheinlicher.
  13. Laut der Berichte der Frauen an den Beratungsstellen orientiert sich die Beratung an den Haltungen der Frauen. Wer die Beratung aufsucht, hat die Entscheidung meist schon gefällt. Die eigentliche Unentschlossenheit wird bei der Beratung oft nicht genug ausgelotet.
  14. Die Bereitschaft der Ärzte, klar Stellung zum Abbruch zu beziehen, hängt meist von der Stimmung der Frau ab: bei Frauen, die das Kind behalten wollen, raten sie häufig zum Abbruch. Bei Frauen, die abtreiben wollen, sind sie meist neutral.
  15. Viele Frauen (50%) haben mit der Verarbeitung des Abbruchs Schwierigkeiten, oft auf Dauer.

hier fehlt was!! (18.+19.12.)

### **III. Geschichtlicher Überblick und gegenwärtige Situation**

hier fehlt was!

#### **cc) Beratungsstellen**

Für Beratungsstellen, die gemäß § 219 tätig sind, bedarf es einer besonderen staatlichen Anerkennung. Dies bietet die Gewähr für fachgerechte Schwangerschaftskonfliktberatung (SKB) mit qualifiziertem Personal, das auch weitere Fachkompetenz hinzuziehen kann. Diese Beratungsstellen unterscheiden sich von den Stellen, wo Abbrüche auch vorgenommen werden. Die SKB darf nicht mit solchen Stellen organisatorisch oder anders verbunden sein. Der beratende Arzt darf den Abbruch nicht vornehmen. Die Beratung wird für die Dauer von drei Jahren anerkannt.

#### **c) Wo kann ein SA vorgenommen werden?**

Die Bundesländer sind verpflichtet, Angebote für SA vorzuweisen. Dies ist festgelegt in § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG). Die nachfolgende Behandlung muß ebenfalls gewährleistet sein.

Ärzte und das weitere Personal dürfen grundsätzlich ihre Mitwirkung am SA

verweigern, auch ohne Angabe von Gründen (SchKG § 12), sofern keine Lebensgefahr für die schwangere Frau besteht.

#### **d) Wer trägt die Kosten eines SA?**

Bei der Feststellung der Kosten muß differenziert werden zwischen einem rechtmäßigen SA aufgrund von Indikationen und einer SA nach Beratungsregelung.

Wenn Indikationen vorliegen, bezahlt die Krankenkasse den Abbruch denjenigen Frauen mit gesetzlicher Krankenversicherung.

Erfolgt der SA nach der Beratung, sind bei komplikationsfreien Abtreibungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten, d.h. der Eingriff und die Nachbehandlung werden nicht bezahlt, sofern alles problemlos verläuft (Sozialgesetzbuch SGB V). Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen lediglich die Kosten zur ärztlichen Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft. Auch die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft wird übernommen. Tauchen Komplikationen während des Abbruchs auf, zahlt die Krankenkasse ebenfalls.

Da der Abbruch an sich rechtswidrig (aber straffrei) ist, dürfen die Kassen den Abbruch an sich nicht bezahlen.

Hilfe für Frauen bietet das Gesetz „SA in besonderen Fällen“. Danach ist die Voraussetzung für eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse die soziale Bedürftigkeit der Frau, d.h. ihr Einkommen muß unter 850 € liegen (in den neuen Bundesländern unter 750€). Auch die Kosten für die Unterkunft spielen bei der Berechnung der Bedürftigkeit eine Rolle.

Auf eine Nachprüfung wird verzichtet, wenn die Frau entweder Hilfe zum Lebensunterhalt (nach dem Sozialgesetz), Arbeitslosenhilfe, Ausbildungsförderung (BaföG), Förderung gemäß des Asylbewerberleistungsgesetzes oder Sozialhilfe bezieht.

Über die Abbrüche ist laut § 15 des SchKG Statistik zu führen; dies wurde staatlich veranlaßt. Daraus ergibt sich eine Auskunftspflicht der Ärzte in Praxen und Krankenhäusern.

## **IV. Die Antwort des Christentums**

### **2. Das Umfeld**

#### **a) Vorderasien/Ägypten**

Den ältesten Völkern war die Strafbarkeit der Abtreibung unbekannt. Der Codex Hammurabi beispielsweise (Gesetzessammlung des Königs Hammurabi von Babylon, 1728-1626 v. Chr.; heute im Louvre ausgestellt) kennt keine Strafe für den SA.

Bei den Ägyptern gab es eine Vorschrift, die besagte, daß mit der Hinrichtung einer Schwangeren bis zur Geburt des Kindes gewartet werden müsse.

Im jüdischen Altertum war die Abtreibung unbekannt, sie wurde zumindest nicht praktiziert. Evtl. hielt das göttliche Gebot des „Seid fruchtbar und mehret

euch!“ die Menschen davon ab. In Ex 21,22-25 ist von der Tötung der Leibesfrucht die Rede, jedoch nicht durch eine Abtreibung, sondern „wenn Männer miteinander raufen und dabei eine schwangere Frau treffen, so daß sie eine Fehlgeburt hat“, ist Vergeltung zu leisten.

#### b) Griechenland

In Griechenland war die Abtreibung straflos. Der Fötus galt als unselbständiger Teil der Mutter. Platon und Aristoteles empfahlen die Abtreibung aus nationalökonomischen Gründen.

Platon hielt den Fall, daß die Mutter älter als 40 oder der Vater älter als 55 Jahre ist, für einen legitimen Abtreibungsgrund.

Aristoteles ging dagegen von sukzessiver Beseelung des Embryos aus. Er konnte abgetrieben werden, so lange er noch nicht lebendig war. Weiterhin meint Aristoteles eine unterschiedliche Entwicklung von männlichen und weiblichen Föten festzustellen. Die männlichen werden ab dem 40. Tag beseelt, die weiblichen erst ab dem 80. Tag (4. Monat).

H. Reis geht in seinem Buch „Das Lebensrecht des ungeborenen Kindes als Verfassungsproblem“ auf diese Zählung des Aristoteles ein und bringt sie in Verbindung mit Lev 12,1-5, wo eine ähnliche Rechnung aufgestellt wird. Ob hier jedoch eine Verbindung zur Beseelung des Embryos besteht, ist unklar.

Der griechische Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.), dem wir als dem Gründer der klassischen Medizin den Hippokratischen Eid verdanken, nennt verschiedene Mittel für eine Abtreibung:

1. innere Mittel, d.h. drastische Abführmittel, Brechmittel
2. Mittel, die direkten Einfluß auf den Uterus nehmen (scharfe, reizende Substanzen)
3. mechanische Einwirkungen (Drücken des Leibes, Stöße, schweres Tragen, Springen und Hüpfen)

Er riet den Frauen stufenweises Vorgehen von 1-3. Man solle weiterhin so springen, daß man mit den Fersen die Oberschenkel berührt. Diese Methode war v.a. unter Prostituierten verbreitet.

Allerdings verbietet der Hippokratische Eid strenggenommen die Abtreibung. Die Quellenlage ist insgesamt unklar.

#### c) Das römische Recht

Das ältere römische Recht kennt die Abtreibung nicht im Sinne eines Verbrechens. Die Leibesfrucht ungetrennt von der Mutter gilt, ganz gemäß der stoischen Vorstellung, als Teil der Mutter. Das Kind erhält sein Leben und seine Seele erst mit der Geburt. [Diese Position vertritt auch Volker Gerhardt.] Gemäß dieser Vorstellung bleibt kein Platz für eine Unterscheidung zwischen belebter und unbelebter Leibesfrucht. Die Abtreibung galt zwar als moralisch schändlich, aber war nicht verboten. Man durfte sich als Mann von einer Frau, die die Schwangerschaft abgebrochen hat, scheiden lassen. Außerdem hatte der Vater das Recht, die Abtreibung zu ahnden und ein weiteres seiner Kinder zu töten.

Erst seit ca. 200 n. Chr. wurde die Abtreibung mit einer staatlichen Strafandrohung versehen. Sie galt als Delikt gegen den Ehemann, dessen Hoffnung auf Kinder mit einem SA zerstört wurde. Eine ledige Schwangere oder eine Frau, die die Einwilligung des Ehemanns hatte, durfte straflos abtreiben. SA wurden häufig vorgenommen, was die Tatsache belegt, daß Männer sog. „Bauchhüter“ für ihre schwangere Frau anheuerteten, um einer

Abtreibung vorzubeugen.

Durch das sich verbreitende Christentum trat dann ein Wandel in Bezug auf die Frage der Abtreibung ein.

#### d) Germanischer Raum

Wie auch im römischen Raum verweisen viele Texte darauf, daß Abtreibungen häufig vorgenommen wurden.

### **3. Die Auskunft der Bibel**

In der Bibel findet sich keine ausdrückliche Stellungnahme zur Abtreibung. Jedoch wird explizit auf die ausdrückliche positive Stellung der Nachkommenschaft hingewiesen. In Israel war deshalb die Abtreibung wohl nicht zu denken. Es findet sich auch kein Hinweis auf SA in den alten Texten. Eine indirekte Stellungnahme kann in Ex 21,22 interpretiert werden. Dort wird die Würde des Menschen transzendental verankert aufgrund seiner Gottebenbildlichkeit. Allerdings ist unklar, ob dies auch für ungeborenes Leben gilt. Die Textstelle ist deshalb kein sicherer Beleg für die Annahme, daß ungeborenes Leben schon als Leben angenommen wurde.

### **4. Die Auskunft der christlichen Tradition**

In der Didache heißt es ausdrücklich: „Du sollst ein Kind nicht abtreiben.“ Dabei handelt es sich um den wahrscheinlichen ältesten christlichen Beleg für ein Verbot des SA. Laut Kardinal Lehmann ist es nicht mehr als ein Zufall, daß das Verbot der Abtreibung nicht im NT geäußert wird.

Der Barnabasbrief (um 130) argumentiert ähnlich wie die Didache.

Clemens von Alexandrien spricht davon, daß abgetriebene Kinder einen Schutzengel erhalten.

Angesichts dieser Texte kann geschlossen werden, daß die Abtreibung in der Antike verbreitet war. Die Texte, die sich dagegen wenden, sind keine Selbstverständlichkeit. Während in Rom das ungeborene Kind noch als Teil der Eingeweide der Mutter betrachtet wurde, wandten sich die Christen explizit gegen die heidnische Praxis. (Lehmann: „Unerhörte Neuheit des christlichen Ethos.“) Insgesamt kam es zu einem Bruch zwischen antiker Praxis und christlichem Glauben.

Auf den Synoden der frühen christlichen Jahrhunderte wurde die Abtreibung mit Kirchenbann bestraft und eine Kirchenbuße wurde abverlangt. Die Synoden waren im einzelnen:

- Synode von Elvira (Provinzsynode) 306
- Synode von Ankyra 314
- 6. Allgemeine Konzil von Konstantinopel (Trullanum) 692

Innozenz XI. verurteilte 1679 folgenden Lehrsatz der sog. Laxisten: „Die Herbeiführung einer Abtreibung vor der Beseelung des Fötus ist erlaubt zum Schutz des Lebens der Frau“ (DH 2134)

1930 erscheint die Eheenzzyklika Pius XI., der die Abtreibung als Tötung eines

Unschuldigen bezeichnet. Keiner habe, so der Papst, das recht, dieses Leben zu töten.

Pius XII. vertritt 1944 in einer Ansprache eine ähnliche Ansicht. Die Abtreibung käme einer Zerstörung unschuldigen Lebens gleich, denn embryonales und fortgeschrittenes Leben haben den gleichen Wert.

1951 hält Pius XII. eine Ansprache an die katholischen Hebammen Italiens. Darin weist er darauf hin, daß menschliches Leben seinen Wert von Gott habe, nicht von irgendeiner menschlichen Autorität. Pius XII. verurteilt in seinen Ansprachen immer wieder den direkten Eingriff bzw. Angriff auf das ungeborene Leben. Die indirekte Tötung allerdings wird nicht verurteilt, d.h. wenn das Leben der Mutter bedroht ist und gerettet werden muß, gehört es u.U. zu einer unvermeidlichen Nebenfolge des chirurgischen Eingriffs, daß der Fötus ums Leben kommt.

Das II. Vat. verurteilt in der Pastoralconstitution die Abtreibung als verabscheuungswürdiges Verbrechen (Nr. 51). Das Leben sei von der Empfängnis an zu schützen.

Weitere Verurteilungen der Abtreibung in der neueren katholischen Tradition finden sich in folgenden Dokumenten:

- 1989: Gemeinsame Erklärung der katholischen und evangelischen Kirchen: „Gott ist ein Freund des Lebens“
- 1992: Evangelischer Katechismus (Nr. 2222, 2223)
- 1995: „Evangelium Vitae“ (Nr. 58-63, v.a. 62,3)
- Katholischer Erwachsenenkatechismus (S. 143, 288f, 295, 381,426)
- CIC, Can. 1398 (Abtreibung wird mit Exkommunikation bestraft)

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß jede Form der Indikation nach kirchlicher Meinung abzulehnen ist. Allenfalls ist eine indirekte Abtreibung zulässig, da die Gesundheit der Mutter als das höchste Ziel angesehen wird. 1974 schärft die Glaubenskongregation in ihrer „Deklaratio de abortio“ die offizielle Position der Kirche gegen die staatlichen Regelungen in expliziter Form ein.

<b>EXKURS: DIE SITTLICHE VERURTEILUNG DER ABTREIBUNG IM ISLAM</b>
---

Der Islamforscher Khoury bietet eine informative Übersicht zum Thema Abtreibung im Islam. Er beruft sich 1981 darauf, daß der Koran (5,32) die Tötung unschuldigen Lebens verbiete.

Unweigerlich stellt sich die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens. Die Stellungnahme des Islam ist nicht einhellig und weitgehend unklar. Manche gehen von der Beseelung des Embryos ungefähr 120 Tage nach der Empfängnis aus. Heute ist die Mehrheit der Moslems für eine strengere Auslegung: die Abtreibung ist nicht gestattet, außer bei Lebensgefahr für die Mutter. Einige sind auch für eine Milderung der Strafe für einen SA. In den verschiedenen islamischen Ländern sind die Bestimmungen zur Abtreibung unterschiedlich. Grundsätzlich ist sie aber verboten, manchmal gibt es Ausnahmen.

### **III. Hilfen, vorbeugende und begleitende Maßnahmen**

#### **1. Erziehung zum verantwortlichen Gebrauch der Freiheit**

Vor allem junge Menschen sollen zu Verantwortung und Mündigkeit geführt werden, deshalb muß ihnen wirklichkeitsgerechtes Verhalten nahegebracht werden.

#### **2. Erziehung zur Verantwortung gegenüber der Zeugung neuen Lebens**

Neues Leben soll verantwortungsbewußt gezeugt werden. Im christlichen Eheverständnis soll die Zeugung von der Liebe zum Kind geprägt sein. Um eine sichere Planung zu gewährleisten, können empfängnisverhütende Mittel bejaht werden (kirchlich allerdings nur die „natürlichen“ Methoden). Die Abtreibung scheidet jedoch als Methode zur Geburtenregelung oder Familienplanung aus!

Die Enzyklika „Humanae Vitae“ propagiert die unfruchtbaren Tage der Frau als einzige zulässige Verhütungsmethode. Diese ist allerdings nicht sicher genug und außerdem, so Reiter, moraltheologisch nicht gut begründet. Vorrangig sollte die Verantwortung vor dem Kind sein. Verantwortungslos wäre es dagegen, ein Leben in die Welt zu setzen, daß nicht von beiden Partnern bejaht wird und für das keine Existenzbasis gegeben ist.

Wichtig ist deshalb die Aufklärung über verschieden Empfängnisverhütungsmethoden. Auch vor- oder außerehelicher Geschlechtsverkehr (der sich theologisch nicht begründen läßt), muß von der Verantwortung zur Zeugung neuen Lebens geprägt sein. Es ist deshalb besser, in diesen Fällen eine Zeugung zu verhindern, damit eine eventuelle Abtreibung vermieden wird.

#### **3. Schaffung eines neuen Klimas**

Die Hilfe im Falle einer ungewollten Schwangerschaft muß auch von der Gesellschaft bzw. den Außenstehenden kommen. Es darf kein Druck auf die Schwangere ausgeübt werden. Die Situation der ledigen Mutter oder eines unehelichen Kindes sollte nicht als Abtreibungsgrund gelten. Der Mut zum Austragen eines Kindes angesichts solcher Situationen muß von der Gesellschaft mehr geachtet und anerkannt werden.

#### **4. Beratung zum Leben**

Die Entscheidung für das Kind sollte erleichtert werden. Eine Beratung ist dort nötig, wo noch ein Entscheidungsspielraum besteht. Berater haben die Pflicht, Alternativen aufzuzeigen und der Schwangeren ihren Freiheitsspielraum bewußt zu machen. Die SKB muß allerdings von einer allgemeinen Beratung abweichen, und zwar in folgenden Punkten:

- die Fortsetzung der Schwangerschaft sollte Ziel der SKB sein
- es müssen Informationen über Hilfsangebote weitergegeben werden

Die SKB wurde kritisiert, denn die Aufgabe des Beraters komme einem Beeinflussungsauftrag gleich. Dahinter stand eine Anfrage an das

Beratungsverständnis, das in der SKB einem klientenzentrierten Konzept folgt: die Selbstwahrnehmung der ratsuchenden Frau soll aufgenommen werden. Die Beratung ist dann Spiegelung dessen, was die Frau annimmt. Dieses Konzept mit seiner therapeutischen Komponente wird heute kontrovers diskutiert. Der Berater kann unter diesen Voraussetzungen nämlich nur dann helfen, wenn er sich selbst in die Beratung einbringt; seine aktive Beteiligung am Prozeß der Problemlösung ist damit geradezu gefordert. Die Beratung erweist sich damit nicht nur als klientenzentriert, sondern fordert das aktive Einbringen des Beraters: statt „non-direktiver“ wird eine „therapeutische“ Beratung vorgenommen.

Ist nun die kirchliche SKB eine Beeinflussung der Frau? Nein, denn sie ist zwar wertorientiert, doch bejaht sie die freie sittliche Entscheidung und Gewissensfreiheit der Frau.

Von den Beratern muß in der Beratung die Unterstützung der Frau in ihrer konkreten Notlage mit der Anwaltschaft für das ungeborene Leben vereinbart werden. Die Berater fungieren als Dialogpartner, was auch zu Konfrontationen führen kann, wenn Berater und zu Beratende verschiedener Meinung sind. Doch darf weder Zwang noch Manipulation stattfinden.

Der Berater soll eine für die zu Beratende verantwortbare Entscheidung herbeiführen, die sie mit ihrem Gewissen vereinbaren kann. Das Gewissen allerdings kann auch irren, doch auch dann behält der Gewissensanspruch seinen Verpflichtungscharakter. Folgt die Frau tatsächlich ihrem (irrenden) Gewissen, kann ihr bei einem SA keine Schuld im üblichen Sinne zukommen. Die SKB ist keine ethische Stellungnahme, sondern eine Tat der Nächstenliebe als pastoraler Bereich der kirchlichen Aufgaben.

Heftig diskutiert wurde die Frage, ob die SKB tatsächlich den „Freischein“ zum SA ausstellen darf, durch den er straffrei wird. Die kirchliche Beratung hat die Motivation darin, daß die Berater sich von der Ratlosigkeit der Ratsuchenden bewegen lassen und mit-leiden. Das letzte Ziel ist die Heilung des Menschen in der Nachfolge Christi. TROTZDEM ist die Kirche aus der SKB ausgetreten. Einige Stationen des Ausstiegs der Kirche seien im Folgenden skizziert:

- Ende 1999 beschließt der ständige Rat der DKB den Ausstieg aus der SKB. Die Bischöfe folgten darin einer Weisung Papst Johannes Pauls II. Dieser hatte die SKB kritisiert, weil der Schein die Abtreibung ermögliche, was die Kirche ablehne. Bisher argumentierte die Kirche damit, daß viele Frauen, die sich beraten lassen mit der Absicht abzutreiben, sich nach der Beratung gegen die Abtreibung und für das Kind entscheiden (ca. 5000 Frauen jährlich). Einige Frauen entschieden sich aber auch für den Abbruch, weshalb der Papst den gänzlichen Ausstieg aus der Beratung beschlossen hat.
- im März 2000 erklären die katholischen Bischöfe, daß die Beratung auch nach dem Ausstieg aus dem gesetzlichen System zu sichern sei, allerdings ohne den für die Abtreibung notwendigen Schein. Die Auflage ist, daß in den Bistümern die Beratung mit Schein bis Ende 2000 beendet werden muß.
- Als Gegenbewegung zum kirchlichen Ausstieg gründete sich die Laienorganisation „Donum Vitae“, die in diese Bresche springen will. Es handelt sich dabei um einen Verein, der sich von der Amtskirche distanziert. Bis Mitte 2001 eröffnet dieser Verein ca. 100 Beratungsbüros (mit Schein)
- im Januar 2001 dürfen die Kirchen definitiv nur ohne



Schein beraten. Die Folge: die Frauen bleiben aus und suchen andere Beratungsstellen auf, wo ihnen der Schein zur Abtreibung als Möglichkeit offen steht.

- gegen den Ausstieg weigerte sich als einziger deutscher Bischof Franz Kamphaus, der sein Bistum noch ein Jahr in der Beratung mit Schein bestärkte. Als einziges der 27 deutschen Bistümer widersetzte sich Limburg der Weisung des Papstes. Kamphaus argumentiert: der Schutz des menschlichen Lebens könne am ehesten über die gesetzliche Beratung gewährleistet werden.
- im März 2002 wurde der Ausstieg auch in Limburg verfügt. Rom entzog Bischof Kamphaus die Zuständigkeit für die Beratung und setzte statt dessen den Weihbischof dafür ein. Kamphaus konnte so sein Gesicht wahren.



Reiter zufolge hat sich die Kirche durch den Ausstieg aus der gesetzlichen SKB eine wichtige Chance verspielt.

hier Lücke??? (Zusammenhang zum folgenden fehlt, Überschriften erschlossen...)

## **§ 5 GENETISCHE BERATUNG UND PRÄNATALE DIAGNOSTIK**

### **I. Methoden**

### **II. Ethische Problematik und Konflikte**

Bei der genetischen Beratung spielt die freie Entscheidung der Partner eine große Rolle, es darf keine Einflußnahme auf sie genommen werden. Die Gesundheitsdaten sind vertraulich zu behandeln. Auch ein Recht auf Nichtwissen existiert im Zusammenhang dieser Beratung. Deshalb darf, so Reiter, die finanzielle Unterstützung für ein behindertes Kind nicht davon abhängig gemacht werden, ob der genetische Test gemacht wurde oder nicht. Es darf keine Differenzierung zwischen mehr oder weniger wertem Leben stattfinden! Das Recht auf Fortpflanzung ist ein natürliches, unveräußerliches Recht eines jeden Menschen, das keiner Berechnung gemäß des ökonomischen Nutzens für die Gesellschaft unterliegen darf.

### **Pränatale Diagnostik (PD)**

Die PD kann die Chance des Ungeborenen auf Leben erhöhen, denn wer vorher Angst vor einem behinderten Kind hatte, erlangt in 97% der Fälle Sicherheit über die Gesundheit des Embryos. Die Eltern werden also oft von der Angst vor einem behinderten Kind befreit. In 3% der Fälle allerdings können sich die Eltern auf eine Behinderung einstellen. Bevor es die PD gab, wurden Kinder oft grundlos abgetrieben, weil die Angst vor einer Behinderung übermäßig groß war.

Die wachsende Perfektion der PD führt allerdings dazu, daß die Schere zwischen diagnostizierbaren und therapierbaren Krankheiten immer weiter auseinander geht. Es besteht die Gefahr einer „Schwangerschaft auf Probe“, die nur dann angenommen wird, wenn es den Eltern ins Lebenskonzept paßt. In diesem Fall ist die PD ethisch zu verwerfen, ebenso, wenn man sich das

Geschlecht des Kindes aussuchen will.

Die Mißbrauchsgefahr der PD macht sie nicht unerlaubt, aber man muß verantwortlich damit umgehen, d.h. die PD sollte nur aus medizinischen Gründen durchgeführt werden, z.B. zur Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen.

Daß eine Abtreibung straffrei bleibt, heißt noch lange nicht, daß sie auch sittlich erlaubt ist. Die PD kann, so auch die kirchliche Meinung, bejaht werden, wenn es um lebensbejahende Maßnahmen geht.

### **III. Pastorale Gesichtspunkte und Hilfen**

Das Ziel einer Beratung darf nicht die Abtreibung sein, sondern es soll zur verantworteten, eigenständigen Gewissensentscheidung der zu Beratenden kommen, denen niemand die Entscheidung abnehmen kann. Auch wenn die Entscheidung für den SA gefällt wird, kann dagegen niemand etwas tun.

In unserer Gesellschaft schwindet zunehmend die Bereitschaft, behinderte Kinder als Lebensaufgabe anzunehmen. Es macht sich die Mentalität breit, daß es einen „einklagbaren Anspruch“, gleichsam ein Recht auf ein gesundes Kind gebe. Demnach hätten nur gesunde Kinder ein Recht auf die Geburt. Augenscheinlich besteht die drängende Gefahr, daß die Berechtigung behindertes Leben nicht mehr gesehen wird.

Natürlich ist die Entscheidung für ein behindertes Kind ernst und schwer, denn das Leben wird dadurch ungeheuer belastet. Die christlichen Botschaft von Kreuz, Leid und Auferstehung sieht jedoch jedes Leben als Segen an, auch das Schwache und Behinderte kann vor diesem Hintergrund angenommen und bejaht werden. Menschliche Reifung ist schließlich NUR durch LEID möglich!

Wird eine Abtreibung aufgrund der embryopathischen Indikation abgelehnt, unterstützt man behindertes Leben. Weder Kind noch Eltern dürfen dann alleine gelassen, sondern müssen unterstützt werden. Das Mitleid und Mitleiden der Berater kann das Leben des behinderten Embryos retten.

## **§ 6 PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK**

### **I. Was ist Präimplantationsdiagnostik (PID)?**

PID wird in Belgien, England und den USA praktiziert. Dabei wird festgestellt, ob ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Behinderung auf die Welt kommen würde. Bevor es die PID gab, waren die Eltern auf die PD angewiesen. Der Unterschied zur PD liegt darin, daß der Embryo bei der PID nicht im Mutterleib, sondern in der Retorte (künstlich) erzeugt wurde.

Das heißt also, daß bereits vor (prä-) der Schwangerschaft festgestellt wird, ob ein Gendefekt vorliegt. Zum Zeitpunkt der PID ist der Embryo normalerweise ca. 3 Tage alt und 8zellig. 2 Zellen werden abgespalten und untersucht.

Das 8zellige Stadium des Keims gilt laut Embryonenschutzgesetz (ESG) allerdings schon als Embryo. Der Restembryo wird nach der Untersuchung eingepflanzt, wenn er gesund ist. Wenn er krank ist, wird er „entsorgt“.

Gegenwärtig wird auch darüber nachgedacht, die PID zu einem späteren Stadium der Zellteilung des Embryos durchzuführen.

## **II. Argumente Pro und Contra**

### Pro

Für die PID spricht, daß die Eltern eine frühzeitige Chance erhalten zu erkennen, ob sich ihre Befürchtungen bewahrheitet haben. Die PID ist grundsätzlich nur für Risikopaare erlaubt, bei denen schon ein gewisser Anfangsverdacht vorliegt.

Außerdem würde eine eventuelle Abtreibung erspart, weil es gar nicht zur Schwangerschaft kommt. Dies stellt vor allem für die Frau einen psychischen und physischen Vorteil dar.

### Contra

1. Bei der PID handelt es sich um einen klaren Verstoß gegen das ESG, das in Deutschland (und zwar nur in Deutschland) seit 1990 in Geltung ist:  
§ 2: Embryonen, die extrakorporal erzeugt wurden, dürfen nicht „benutzt“ werden; dieser Paragraph gilt unter Strafandrohung  
§ 8,1: auch eine Zelle, die vom Embryo abgespalten wird, gilt als Embryo. Es handelt sich dabei um eine totipotente Zelle.  
§ 6,1: die Abtrennung der Zellen vom Embryo gilt als Klonen, und Klonen ist verboten!  
§ 2,1: der diagnostische Gebrauch von Embryonen ist verboten.  
Grundlage des ESG ist die Festlegung, daß dem Embryo ab dem Zeitpunkt der Befruchtung Menschenwürde bzw. Leben zukommt.
2. Um ein befriedigendes Ergebnis erzielen zu können, müssen bei der PID von vornherein mehr Embryonen gezeugt werden als später wirklich notwendig sind. Es muß genug „Material“ vorhanden sein. In Deutschland werden immer 3 Embryonen erzeugt, die kranken Exemplare werden dann vernichtet. Die Frau kann nicht gezwungen werden, sich ein krankes Kind einpflanzen zu lassen. Auch die abgespaltete totipotente Zelle wird weggeworfen; auch der Restembryo kann durch die PID beschädigt werden.
3. Genetisch defekte Embryonen werden aussortiert. Dies setzt eine Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben voraus, was ethisch höchst problematisch ist.
4. Der Embryo befindet sich bei der PID völlig schutzlos auf dem Labortisch getrennt von der Mutter.
5. Im neuen Abtreibungsrecht (BGB § 218ff) ist nur noch die medizinische Indikation vorgesehen. Demnach ist die PID nicht statthaft. Früher galt auch die embryopathische Indikation als Abtreibungs-Legitimation. Die medizinische Indikation zielt auf das Wohl der Schwangeren ab; dem läuft die PID diametral entgegen. Die von der PID herbeigeführte Aussortierung nach der embryopathischen Indikation wollte der Gesetzgeber gerade verhindern.
6. Oft wird die PID als vorverlagerte PD angesehen und ethisch auch so bewertet. Allerdings zielt die PD nicht darauf ab, behinderte Kinder abzutreiben. Ihr liegt vielmehr eine lebenserhaltende Motivation zugrunde. Die Selektion, die durch die PID möglich wird, ist ethisch höchst

bedenklich. Sie ist bei der PD nicht die erste Ausrichtung.

### **III. Wunschkind nach Maß?**

Am Anfang der Entwicklung stand die Reproduktionsmedizin mit dem Ziel, Kinderwünsche zu erfüllen. Heute ist es möglich, den Wunsch nach einem bestimmten Kind zu erfüllen. Nicht nur schwere Erbkrankheiten, sondern alle möglichen Defekte sollen ausgeschlossen werden.

Die PID scheint aufs Ganze gesehen mehr Probleme zu schaffen als zu lösen. Die Grundfrage der Kinderlosigkeit gerät absolut in den Hintergrund. Der Gesetzgeber sollte deshalb juristisch und Ethisch am Verbot der PID festhalten, denn ihre Mißbrauchsmöglichkeiten sind vielfältig.

## **§ 7 STERILISATION UND KASTRATION**

- entfällt im WS 02/03 -

## **§ 8 AIDS ALS HERAUSFORDERUNG DER MORAL**

Gegen AIDS können nur therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Bislang gibt es keine Hilfe für Infizierte.

### **I. Die Krankheit und ihr Bild**

AIDS ist die Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrom (dt.: erworbene Abwehrschwäche). Erstmals wurde AIDS 1981 in den USA entdeckt. Innerhalb kürzester Zeit beobachtete man eine Häufung des Krankheitsbildes. Die infizierten Menschen waren alle im Laufe der 70er Jahre erkrankt.

Man stellte zunächst eine seltene Art der Lungenentzündung bei 5 Homosexuellen Männern fest. 1983/84 entdeckten zwei voneinander unabhängig forschende Untersuchungsgruppen das Virus HTLV III (LAV). Die eine Gruppe saß in Frankreich (Leiter: Montanié), die andere in den USA (Leiter: R. Valoe). 1985 konnte die komplette Erbstruktur des Virus entschlüsselt werden. 1986 einigte man sich auf die Bezeichnung des Virus mit „HIV“ (Human Immunodeficiency Virus).

Der Virus greift die T-Helfer-Zellen an und vermehrt sich dabei. Die Inkubationszeit beträgt bis zu 10 Jahre. Das erste leichte Krankheitsbild zeigt sich in einer Lymphdrüsenanschwellung, Fieber etc. Das schwere Krankheitsbild ist dann AIDS. Innerhalb von drei Jahren stirbt der Patient.

In jüngerer Zeit spricht man bei AIDS-Patienten oft von bösartigen Lymphknotenvergrößerungen. Früher hielt man das für eine besondere Tumorart. Die Leidgefährdung bricht meist aus durch eine Lungenentzündung, oft auch durch Tuberkulose. Durch diese Krankheiten wird das Zentralnervensystem gestört.

Der Patient stirbt schließlich an dem Infekt, der durch die Immunschwäche übermächtig wird. Die Lungenentzündung ist die Todesursache.

Der Virus ist v.a. in Körperflüssigkeiten zu finden. Die Infektion findet nur in

Umgebung der parenteralen Inokulation statt, d.h. in Umgebung des Magen-Darm-Kanals (Geschlechtsverkehr, Injektionen). Die Hauptrisikogruppe sind homosexuelle und bisexuelle Männer, Bluter und Drogenabhängige.

Die Infektion durch Geschlechtsverkehr und Blutaustausch bedroht v.a. Prostituierte und Menschen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern. Auch Neugeborene können über die Muttermilch infiziert werden.

Eine Übertragung durch Speichel und Urin ist bisher noch nicht nachgewiesen, man kann sie aber nicht ausschließen. Ob Insektenstiche als Übertragungsweg in Frage kommen, ist auch noch nicht endgültig geklärt.

Ausgeschlossen werden kann die sog. Tröpfcheninfektion (d.h. über Speichel u.a. ).

Ein HIV-Test weist die Antikörper im Blut nach, nicht den Virus selbst. Unmittelbar nach der Infektion ist deshalb noch kein Test möglich, da sich die Antikörper erst nach ungefähr 3 Wochen bilden.

Bei der Entwicklung des Impfstoffes spielten auch ökonomische Interessen eine große Rolle.

Die Herkunft des Virus ist nicht sicher erforscht. Eine Spur führt nach Zentralafrika (die Länder Zaire, Bugundi und Ruanda werden auch als „AIDSgürtel“ bezeichnet).

Die ursprüngliche Vermutung, daß der Virus vom Affen stamme, konnte tatsächlich wissenschaftlich bestätigt werden. Er wurde durch den Verzehr der Tiere auf den Menschen übertragen. Durch die großen sozialen Umwälzungen in Afrika wurde er dann auch schnell zwischen den Menschen übertragen, zuerst v.a. über die Wasserwege in die Hafenstädte, z.B. San Francisco. Ein bevorzugter Urlaubsort der Homosexuellen aus San Francisco war Haiti, wohin der Virus dann auch sehr schnell gelangte. Über Fixernadeln wurde er zur selben Zeit auch auf erste Heterosexuelle übertragen. Auch die Infizierung von weiblichen Prostituierten auf männliche Geschlechtspartner wurde nachgewiesen. In Deutschland verbreitete sich das Virus von Frankfurt über Berlin nach München.

## **II. Die Therapie von AIDS**

### **1. Zahlen**

Zwischen 1981 und 2001 starben 25 Mio. Menschen an AIDS. Allein 2001 waren es 3 Mio. Seit 1981 haben sich 40 Mio. infiziert, 95% davon in den Entwicklungsländern! In 2001 gab es 4 Mio. Neuinfektionen, davon 1/3 unter den 15-24jährigen.

In Afrika sind in einigen Ländern 10-20% der Bevölkerung infiziert. 40% der Todesfälle starben an AIDS. In Südafrika gibt es 7 Mio. infizierte. Dort ist AIDS die Todesursache Nr. 1.

Ein weiteres Krisengebiet neben Afrika ist Osteuropa, v.a. die Ukraine, Rußland. Dort gab es in 2001 250000 Infizierte.

Der Grund für die Übertragung ist in diesen Ländern die mangelnde Aufklärung über AIDS und die Übertragungswege von HIV. Das Thema wurde lange Zeit tabuisiert.

In Deutschland stieg die Zahl der Neuinfektionen im Vergleich zum Vorjahr um 2000. 600 Menschen starben 2001 an AIDS. Anfang 2002 lebten 28000 Personen mit HIV, bei 5000 ist die Krankheit schon ausgebrochen. 68% der

Infektionen zog man sich durch sexuelle Kontakte zu.

## **2. AIDStherapie**

2002 gab es weder ein Medikament noch einen Impfstoff gegen AIDS.

Die Kombination von 3-4 Mitteln konnte den Ausbruch der Krankheit um bis zu 20 Jahre hinausschieben. Die Entwicklungsländer jedoch konnten sich dieses Mittel nicht leisten. Letztlich konnten nur 5% der Infizierten weltweit durch dieses Präparat erreicht werden. Die Therapie hatte allerdings erhebliche Nebenwirkungen. Man mußte bis zu 60 Tabletten täglich schlucken, was zu Übelkeit, Erbrechen und Fettverlagerungen führte.

Bislang wurden viele Impfstoffe gegen AIDS erprobt, sowohl an Tieren als auch an freiwilligen Menschen. HIV tritt allerdings in 2 Stämmen auf. Allein HIV I verfügt über 10 Unterstämme. Das Virus ist in sich extrem wandlungsfähig, weshalb die Medizin in der Entwicklung nicht Schritt halten kann.

Der Impfstoff müßte außerdem preiswert und leicht anwendbar sein, um in den Entwicklungsländern zum Einsatz kommen zu können. Oft geht es in der Forschung jedoch mehr um Geld als darum, Menschen zu retten. Es wird mehr Geld in die Entwicklung von Medikamenten gesteckt als in die von Impfstoffen, da dies auf lange Sicht lukrativer ist.

## **III. AIDS, Moral und Kirche**

In der Konstitution Gaudium et Spes des II. Vaticanums heißt es, daß die Moraltheologie Weisungen bieten soll, die dazu beitragen, daß das menschliche Leben aufs Ganze gesehen glückt. Vor dem Imperativ steht allerdings der Indikativ, d.h. zuerst ist uns von Gott das Heil und das Angenommensein geschenkt. Aus dem heraus können und sollen wir dann handeln.

Die christliche Moral sollte die Zeichen der Zeit erkennen und sich an der Botschaft Jesu orientieren. Jesus ging es immer um Leidlinderung, um Heilung.

Oft aber wenden sich Menschen in Situationen ab, in denen es um Leiden geht. Die Kirche tut das nicht, für sie ist das Leid und Leiden der Menschen zentral.

Deshalb muß die Kirche auch im Umgang mit AIDSkranken sensibel sein. Die Moral und Pastoral der Kirche muß sich fragen, ob ihr Umgang mit Sexualität im Zusammenhang mit AIDS sensibel genug ist und sich dabei ein Beispiel an Jesu Umgang mit Ausgegrenzten nehmen. Die leidenden Glieder der Kirche sollen die Solidarität der gesunden erfahren.

Pius XII. schreibt in seiner Enzyklika „Mystici corporis“, daß der Leib Christi (= die Kirche) nicht nur aus Heiligen besteht. Es ist auch für „Sünder und Zöllner“, d.h. für Außenseiter Platz...

Kirche fungiert also (im Idealfall) als Verantwortungs- und Solidargemeinschaft. AIDS stellt somit einen Prüfstein dar für die Menschlichkeit der Kirche.

## **IV. AIDS und sexuelle Befreiung**

Die „Times“ bezeichnete AIDS in den 80ern als die Rechnung für die sexuelle Befreiung der 60er und 70er Jahre.

Als Zeit der „sexuellen Revolution“ galt die Zeit nach dem 2. Weltkrieg. Man hatte schon vorher entdeckt, daß die Sexualität der Menschen in der nachindustriellen Epoche eine andere geworden war. Thematisiert wurde dies allerdings erst nach dem Krieg. Es fand ein Paradigmenwechsel von einer anti-sexuellen zu einer pro-sexuellen Einstellung. Man wollte zu größerer Freiheit zu gelangen, vom Verdecken zur Enthüllung, von der Scham zu genitalen Sexualität.

Folgendes kann als Kennzeichen der sexuellen Revolution angesehen werden:

- Sex gerät in die Öffentlichkeit, v.a. auch durch die Massenmedien
- in der Öffentlichkeit spricht man ungestört über Sexualität, was zu wachsendem Interesse an „aktiver Beteiligung“ führt. Folge: weniger Berührungsängste
- Entwicklung des Nackten: der ganze Körper wird sexualisiert und erotisiert
- „sexy“ wird neues Attribut für Körper und Kleidung
- der Zusammenhang zwischen Sex und Fortpflanzung wurde durch die Pille immer mehr geleugnet
- Transsexualität wurde mehr toleriert
- vor der „sexuellen Revolution“ gab es Apparate zur Verhinderung von Masturbation, nun gab es welche dafür! ☺
- theoretisch geht die „sexuelle Revolution“ zurück auf S. Freud, A. Comport, W. Reich und H. Marcuse
- auch die Zeitschrift „Playboy“ entstand mit einer eigenen Philosophie...

Was hat nun AIDS mit der sexuellen Revolution zu tun? Sicher ist, daß AIDS und sexuelle Revolution zwar in Zusammenhang stehen, aber AIDS keine direkte Auswirkung ist. Eine sexuelle Befreiung bringt noch keinen Virus hervor. Die schnellere Verbreitung allerdings verdankt sich wohl der freieren Sexualität, v.a. dem Sextourismus.

## **V. AIDS - eine Strafe Gottes?**

Daß AIDS eine gerechte Strafe Gottes ist, wurde z.B. vom verstorbenen Fuldaer Bischof Dyba behauptet. Merkwürdig mutet hierbei an, daß man diese Deutung nicht auf andere Krankheiten, sondern nur auf AIDS bezogen hat. Wahrscheinlich hängt dies mit dem hauptsächlichlichen Übertragungsweg, nämlich Sex, zusammen. Dann allerdings wäre Dybas Behauptung eine Fixierung von Sittlichkeit und Moral auf Sexualität. Davon versucht man sich in der Theologie aber gerade zu lösen, da sonst keine philosophische oder theologische Reflexion möglich wäre.

Dyba und die anderen, die AIDS als Strafe Gottes ansahen, hingen offensichtlich der atl. Vorstellung vom Tun-Ergehen-Zusammenhang an („Tat-Folge-Moral“). Was aber ist mit AIDSkranken, die ohne ihr Zutun infiziert wurden?

Weiterhin ist die Vorstellung eines strafenden Gottes nicht mit der

FROHBOTSCHAFT vereinbar! Die Straftheologie ist laut Reiter menschlich und theologisch höchst fragwürdig. Der Reformator Calvin war anderer Meinung. Er sah Seuchen und Kriege als Heimsuchungen Gottes an, durch die er unsere Sünden straft.

Auch die jüdische Gesellschaft zur Zeit Jesu sah Krankheiten als Strafe Gottes. Aber gerade Jesus war es, der dieses Denkschema durchbrochen hat! (vgl. das Beispiel, als die Jünger angesichts des Blinden fragen, wer gesündigt habe, er oder seine Eltern. Jesus antwortet: „Niemand.“ Im NT finden sich noch weitere solcher Beispiele.)

Zwischen AIDS heute und dem Aussatz zur Zeit Jesu lassen sich noch weitere Parallelen ziehen: In Lev 13, 45f. erklären die Priester Aussätzige als unrein. Auch heute besteht ein Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheit und wirtschaftlicher und sozialer Isolation. Jesus hingegen hatte oft Kontakt mit Aussätzigen (erste Heilung in Mt 8,1-4).

Auch im Umgang mit AIDS lautet die Frage also: WHAT WOULD JESUS DO? Jesus wurde den Aussätzigen Nächster. Ebenso sollte Kirche heute den Außenstehenden, zu denen auch die AIDSkranken gehören, Nächste werden. AIDS kann nicht als Strafe Gottes, sondern muß als natürliches Ereignis angesehen werden.

Wie jede schwere Krankheit stößt uns auch AIDS auf die Sinnfrage. Sie bietet Anlaß zur Selbstbesinnung, in der auch die Befreiungsgeschichte des Dekalogs eine Rolle spielen kann.

## **VI. AIDS und Angst**

AIDS ist auch eine sozial-psychische Erkrankung. Die Krankheit stellt eine Störung des durchorganisierten, planbaren Lebens dar. Die relative Sicherheit ist durch AIDS durcheinander gebracht. Plötzlich fühlt man sich der Passivität ausgeliefert und als Spielball der Krankheit.

Die Angst vor der Krankheit AIDS ist in erster Linie Angst vor Kontrollverlust dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Es können 4 Formen der Angst unterschieden werden:

1. Angst vor der Ansteckung (bei Ansteckung kommt es zur Ausgrenzung)
2. Angst vor dem Krankheitsausbruch (v.a. wenn es zu wenige Abwehrmaßnahmen gibt)
3. Angst vor Ausschluß
4. Angst vor der Krankheit als einem Spezialfall des Glückverlustes

Hinter allen vier Ängsten steht eine Grundangst vor dem Tod, den man aus der Öffentlichkeit beinahe ganz verdrängt hat.

## **VII. AIDS und der Umgang mit dem Tod**

- entfällt -

## **VIII. Safer Sex**



AIDS kann auch als die Bedrohung von Sexualität angesehen werden. Noch nie wurde eine Geschlechtskrankheit als so bedrohlich empfunden, was sicherlich damit zusammenhängt, daß AIDS seit langer Zeit die einzige tödliche Geschlechtskrankheit ist. Die Bedrohung der Sexualität kommt einer Bedrohung der persönlichen Freiheit gleich, die gegenwärtig einen der höchsten Werte darstellt.

Die Frage der Prävention rückte schon bald in den Mittelpunkt. Vor allem in den USA wurden Empfehlungen zur AIDS-Prävention unter dem Stichwort „Safer Sex“ gegeben, was die Vermeidung des Austauschs von Körperflüssigkeiten meinte: Sperma, Urin, Speichel. Es wurden neue Formen des Sexuallebens empfohlen, so z.B. Masturbation und Massage, Voyeurismus und Exhibitionismus. Durch diese Empfehlungen kam es zu einer anderen Bewertung des Sexuallebens. Bisher galten diese Praktiken als abartig und einsam, nun wurden sie der „normalen“ Sexualität gleichgestellt. Safer Sex stellt nicht nur eine ständige Erinnerung an die Krankheit AIDS dar, sondern auch eine reduzierte Form der Sexualität, die nun nur noch als „Vollzug“ (Genuß ohne Reue) erlebt wird. Das Faktum der Fortpflanzung spielt keine tragende Rolle mehr.

Die sichersten Wege, einer Ansteckung zu entgehen, sind natürlich Enthaltensamkeit und Treue, die auch eine weitere Ausbreitung der Krankheit verhindern. Dies betonten in den 80er Jahren auch die deutschen Bischöfe.

Die Kirche hat sich schon immer gegen außerehelichen Geschlechtsverkehr ausgesprochen. Sie stellt sich gegen Verhütungsmittel nicht nur, weil die Fortpflanzung durch sie verhindert wird, sondern auch, weil sie den zu leichtsinnigen Umgang mit Sexualität ermöglichen.

Der ethische Standpunkt der Kirche lautet: Safer Sex wird nur als „Katastrophenschutzmittel“ und damit als kleineres Übel toleriert, damit das größere Übel, die Ansteckung, verhindert wird. Dies darf jedoch nicht als ethische Rechtfertigung für außer- oder vorehelichen Geschlechtsverkehr verstanden werden.

## **IX. Zeugung und Schwangerschaft bei AIDS**

Um ein neues Leben im Mutterleib nicht mit AIDS zu infizieren, müßten alle HIV-Infizierten sexuell enthalten leben. Viele wissen aber nicht um ihre Infizierung, und so tragen die Kinder vieler AIDSkranker das Virus in sich. Eine Behandlung der Kinder würde lediglich den Ausbruch der Krankheit verzögern, aber nicht verhindern können. Die meisten sterben innerhalb der ersten drei Lebensjahre.

Infizierte sollten grundsätzlich von einer Zeugung absehen. Wenn das Kind schon gezeugt ist, sieht § 218 eine straffreie Abtreibung aufgrund der medizinischen Indikation vor. Jedoch kann die Infizierung des Kindes im Mutterleib nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden.

## **X. AIDS - Die Pest unserer Tage? Ein kultur- und medizingeschichtlicher Vergleich**

Von Anfang an wurde AIDS mit der Pest, dem „Schwarzen Tod“ verglichen.

Ein kultur- und medizingeschichtlicher Vergleich zeigt, daß es zwar Parallelen, aber auch große Unterschiede beider Seuchen gibt.

## 1. Die Pest - Der Schwarze Tod

Die Pest gilt als die größte Seuche, die die Menschheit bisher befallen hat. Im Altertum ist sie nicht eindeutig nachweisbar, doch am dem 6. Jh. berichten Quellen vom sog. Yersina-Bazillus. Er wurde nach seinem späteren Entdecker benannt.

1348 wurde die Pest aus Kleinasien nach Europa gebracht über 12 genuesische Galeeren. Es folgte die Ausbreitung der Seuche in ganz Europa in mehreren Schüben bis 1720. Die größte Welle wütete zwischen 1348 und 1352. In diesen Jahren starben 25 Mio. Menschen an der Pest, das waren 1/3 bis 1/2 der Bewohner des Kontinents Europa! Die Pest brach fast jedes Jahr in irgendeiner europäischen Stadt aus. Ein literarisches Zeugnis über die Pest in Florenz gibt das berühmte „Dekameron“ des Giovanni Baccaccio.

Ende des 19. Jh. wurde der Erreger dann entdeckt von den Forschern Kitasato und Yersina. Als Hauptüberträger wurde der Rattenfloh ausfindig gemacht, dann auch der Menschenfloh.

Die Obrigkeiten ergriffen zu Pestzeiten oft nur wenige Maßnahmen, um den Handel mit dem Umland nicht abbrechen zu müssen - und um das Volk nicht in Panik zu versetzen.

In E. A. Poes „Die Maske des Roten Todes“ wird deutlich, daß die Krankheit nach bestimmten Riten ablief. Man versuchte den Toten außerdem so schnell wie möglich loszuwerden (es gab eine eigene Liturgie), und zwar aus Angst vor Ansteckung.

Parallelen zwischen AIDS und Pest sind vor allem in Bezug auf die Angst vor diesen Krankheiten festzustellen.

Zur Zeit Bacaccios herrschten drei Meinungen über die Ursachen der Pest:

- verseuchte Luft
- Seuchenträger, die die Krankheit absichtlich verbreiten
- Strafe Gottes für die Sünden

Als Überträger galten vor allem Fremde, Reisende, Außenseiter, Juden und Aussätzigte, was zu einer regen Verfolgung dieser Gruppen führte.

1720 verschwand der Schwarze Tod dann plötzlich aus dem Abendland, nachdem er 400 Jahre lang gewütet hatte. Wahrscheinlich hatte sich der menschliche Organismus dem Erreger angepaßt. Die Pest führte dennoch zu materiellem Wohlstand, denn der Besitz blieb erhalten, während die Bevölkerung radikal abnahm. Er konnte auf weniger Menschen verteilt werden, so daß der einzelne letztlich mehr hatte.

AIDS allerdings kriegt man nicht, im Gegensatz zur Pest, AIDS holt man sich. Die Ansteckung ist bei AIDS vorwiegend vom eigenen Handeln abhängig und ist insofern eher mit Syphilis als mit der Pest vergleichbar.

## 2. Die Lust-Seuche Syphilis

Die Herkunft des Erregers von Syphilis ist nicht ganz klar. Kurz nach der Entdeckung Amerikas und dem Feldzug Karls VIII. breitete er sich in Europa

aus.

Akute Risikogruppe waren die Prostituierten. Seit 1496 häuften sich die Berichte über Beschäftigungsverbote der Prostituierten. Es gab erste Gesundheitskontrollen auch für die Freier. Schon damals wurde „Safer Sex“ propagiert. Die Badehäuser wurden geschlossen. Viele Ärzte verweigerten die Behandlung.

Die ersten Kuren wurden angeboten, und zwar mit Quecksilber (dieser „Kur“ verdankt sich der Spottnahme für schlechte Ärzte: Quacksalber). Gesellschaftlich wurde die Krankheit akzeptiert als Risiko, das man bei sexuellen Abenteuern eingeht. Die Menschen wurden mit der Zeit immun, die Krankheit brach nicht mehr häufig aus.

Der Erreger von Syphilis heißt „*Treponema pallidum*“, was mit „bleicher Drehfaden“ übersetzt werden kann. Die Bezeichnung verdankt sich dem Aussehen des Bazillus unterm Mikroskop.

Anfang des 20. Jh. wurde die Syphilis-Seuche besiegt, und zwar von den Forschern F. Schaudinn und E. Hoffmann (1905). Man brauchte also knappe 400 Jahre zur Entdeckung und Bekämpfung des Virus. Bei AIDS lagen nur 4 Jahre zwischen Ausbruch und Entdeckung des Erregers.

Das Medikament gegen Syphilis heißt Salvarsan. Bricht die Krankheit aus, ist sie auch durch Penizillin (Flemming) innerhalb weniger Wochen heilbar.

### **3. Die Lehren aus der Geschichte**

- a) Seuchen bedrohen Menschen immer wieder.
- b) Seuchen treffen Menschen immer unvorbereitet, d.h. auf ein unvorbereitetes Immunsystem, das mindestens 150 Jahre bis zur Anpassung braucht.
- c) Große Seuchen wurden zuerst oft ignoriert.
- d) Bei Pest, Syphilis und AIDS läßt sich eine Isolierung der Kranken feststellen.
  - Isolierstationen in Kliniken (war am Anfang auch bei AIDS so)
  - den von AIDS Betroffenen wird die Krankheitsrolle nicht oder nur bedingt zugestanden, da sie gesellschaftlich als nicht „normal“ gelten
- e) Seuchen ziehen soziale Überwachung nach sich (bei Syphilis Schließung der Badehäuser, polizeiliche Meldepflicht usw.) Die Verhaltensänderungen, die aufgrund von Angst und Furcht mit den Seuchen einhergehen, werden oft sehr extrem erlebt. Die Emotionen sind allerdings positiv, solange sie nicht in Panik münden. Wichtig ist ein verantwortungsvoller Umgang, der zu moralischem Handeln führt.
- f) Syphilis und AIDS gehören in die Genitalsphäre, was Anlaß zu sittlicher Verurteilung gab und gibt. Oft werden die Infizierungen durch den Lebenswandel herbeigeführt.
- g) Unsere Ahnen wußten noch nichts von Bakterien und Erregern. Aufgrund des technischen und medizinischen Fortschritts geht es uns diesbezüglich heute besser...

## **XI. AIDS im Unterricht**

Durch wachsende sexuelle Experimentierfreude sind v.a. junge Menschen von AIDS gefährdet. Sie gehen sowohl mit ihrer Sexualität als auch mit AIDS unbefangener um als die ihnen vorangegangenen Generationen. Trotzdem ist eine dringliche Behandlung des Themas im Unterricht angebracht. Die Methode der besten Aufklärung wird immer noch diskutiert, auch aufgrund der moralischen, ethischen und religiösen Grenzen.

Der Inhalt und die Methode der Darstellung sind wichtig. Es dürfen nicht nur medizinisch-biologische Aspekte zum Tragen kommen. Auch Grundwerte und -rechte, das sittliche Verhalten allgemein und das Thema einer verantworteten Sexualität müssen eine Rolle spielen.

Die Menschen verändern ihr Verhalten meist erst dann, wenn sie entweder von der Krankheit gefährdet werden oder wenn sie davon überzeugt sind, daß eine Verhaltensänderung die Krankheit verhindern kann. Reine Informationen über AIDS haben demzufolge den geringsten Einfluß auf das Verhalten der Menschen. Es darf nicht der Eindruck entstehen, Kondome seien der einzige Schutz. Wirksamer noch ist eine Veränderung des Lebensstils, d.h. eine verantwortete Sexualität. Doch auch sie darf nicht zum Ansteckungsschutz abgewertet werden. Treue und Enthaltensamkeit sind auch über AIDS hinaus Werte, die Menschsein glücken lassen.

## **XII. AIDS und Pastoral**

AIDS ist ein menschliches Problem und damit auch eine Frage der christlichen Caritas. Man diskutiert, ob es sich bei AIDS auch um eine Aufgabe der Pastoral handelt.

Siegfried R. Dunde meint dazu, daß sich die Humanität unserer Gesellschaft an folgenden Punkten erweise:

1. an der Solidarität mit den Infizierten
2. an der Toleranz gegenüber Minderheiten
3. an der Bereitschaft zur Gewährung von Repräsentanz (statt über die Betroffenen MIT ihnen reden)

Auch für die christliche Pastoral können diese Punkte richtungsweisend sein. Es ist erwiesen, daß seelischer Beistand auch die Abwehrkräfte des Körpers stärkt. Auch für AIDS gibt es eigene psychologische Therapieformen. Das Immunsystem paßt sich der seelischen Gestimmtheit des Menschen an. Eine wichtige Funktion haben dabei AIDS-Selbsthilfegruppen, die Beistand geben und wo Infizierte Zuneigung und Zärtlichkeit erfahren können.

Es wird deutlich, daß es bei AIDS in der Pastoral um mehr geht als die Bekämpfung einer Krankheit. Es handelt sich vielmehr um eine Herausforderung, die die Grundfrage nach Werten auf den Plan treten läßt. Die Verantwortung jedes Einzelnen besteht darin, Gesunde zu schützen; die bereits Infizierten dürfen niemanden anstecken. Kranke dürfen weder diskriminiert noch isoliert werden. Insgesamt ist ein neues Nachdenken über Liebe und Treue vonnöten und die Integration der je eigenen Sexualität.

## **§ 9 REPRODUKTIONSTECHNOLOGIE UND FORTPFLANZUNGSMEDIZIN**

Am 25. Juni 1978 wurde das erste Mädchen in Oldham als Retortenbaby

geboren. Ihr Name war L. J. Brown, die inzwischen selbst Mutter ist. Ihren zweiten Vornamen „Joy“ hatte der Arzt ausgesucht, der sozusagen ihr „medizinischer Vater“ ist.

1980 kam das zweite Invitrobaby zur Welt. Damals war dies eine Sensationsmeldung. Heute ist die In vitro fertilisation ärztliche Routine. Allein in Deutschland verdanken rund 100000 Menschen der Reproduktionstechnologie ihr Leben.

Die Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin werden zunehmend in Anspruch genommen. Im Jahr 2000 waren bei einer Umfrage 57% der Befragten für die künstliche Befruchtung, bei der Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibs zusammengeführt werden. Die Samen- und Eizellenspende fand weniger Anklang, doch weitgehend Akzeptanz.

Die einzelnen Methoden der künstlichen Befruchtung sind weder ethisch ausdiskutiert noch rechtlich genügend geregelt.

## **I. Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit**

Mehr als 1 Mio. Paare in Deutschland sind ungewollt kinderlos. Von „kinderlos“ spricht man, wenn nach zwei Jahren ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft zustande gekommen ist.

Eine vom Institut ESHRE durchgeführte Studie im Jahr 2002 untersuchte 782 Paare in Europa, die versuchten, Kinder zu bekommen. Jedes 6. Paar wartete vergeblich. Die Studie ergab, daß die Chance schwanger zu werden vom Alter der potentiellen Eltern abhängt. Je jünger sie sind, desto wahrscheinlicher ist eine Schwangerschaft.

Früher suchte man die Ursachen für die Kinderlosigkeit ausschließlich bei der Frau. Heute weiß man, daß die Ursachen etwa gleichwertig auf beide Partner verteilt sind (30-40%).

In 35% der Fälle von Kinderlosigkeit weiß man nicht, woran es liegt. Man spricht dann von einer ideopathischen Störung. Die Gründe für eine solche Kinderlosigkeit können sein: Beruf und Beziehung, Freiheitsbedürfnis, Finanzlage. Der häufigste Grund ist, daß sich Paare oft relativ spät für ein Kind entscheiden. Zunehmend mehr Menschen finden ihren „Partner fürs Leben“ relativ spät. Für berufstätige Frauen stellen Kinder auch ein biographisches Risiko dar. Das durchschnittliche Heiratsalter bei Frauen liegt inzwischen bei 27, bei Männern bei 29 Jahren. Die Fruchtbarkeit der Frau verschlechtert sich bekanntermaßen mit dem Alter (Ende 20, Anfang 30). Weitere Gründe für eine Unfruchtbarkeit können die Lebensumstände oder Umwelteinflüsse sein.

Mittels der modernen Medizin kann betroffenen Paaren geholfen werden, den Kinderwunsch zu erfüllen. Die gestörte Fortpflanzung wird dann behandelt, z.B. mittels einer Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie oder Insemination. Es gibt unterschiedliche Methoden der künstlichen Befruchtung, die man zusammenfassend als In vitro fertilisation bezeichnet.

Die Krankenkassen bezahlen vier Versuche einer In vitro fertilisation, wovon einer ca. 12000 € kostet. Auch für eine künstliche Befruchtung mittels Mikroinjektion (ICSI) kommen die gesetzlichen Krankenkassen auf. Jährlich werden rund 2 Mio. € von den Kassen für verschiedene Behandlungen dieser Art ausgegeben.

hier fehlt was!!! (29.1.03)

#### **IV. Fortpflanzung ohne Altersgrenze - Wie alt ist zu alt?**

Auch bei über 60jährigen Frauen sind schon künstliche Befruchtungen vorgenommen worden. Laut Bundesärztekammer ist die Richtlinie das Klimakterium der Frau, bzw. die Altersgrenze von 40/45 Jahren. Es wird also auf die Natur Bezug genommen, obschon man doch gerade die Natur umgehen will. Dies kann als Widerspruch in der Methode angesehen werden. V.a. im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes kann eine Altersgrenze (beider Elternteile) sinnvoll sein. Für Eltern in Großelternalter sollte es keine Kinder mehr geben.

#### **V. Ungelöste Folgeprobleme - Die Schattenseiten der Reproduktionsmedizin**

Ein Problem, daß sich bei der Frage der Reproduktionstechnologie immer wieder aufdrängt, ist der Umgang mit den überzähligen Embryonen.

Das deutsche ESG verbietet es, mehr als drei Embryonen zu zeugen, denn nur so viele können in eine Frau implantiert werden. Die Frau könnte theoretisch drei Kinder zur Welt bringen, die Wahrscheinlichkeit, daß sich mindestens eines entwickelt, ist dann relativ hoch. Wenn ein Embryo nicht eingepflanzt worden ist, muß er eingefroren werden. Die Zahl der überzähligen Embryonen ist nicht erfaßt. Im IVS-Register ist für Ende 2001 der Bestand an tiefgefrorenen Embryonen mit 90 Stück erfaßt. Die Bundesregierung jedoch spricht von 15 Stück im Juni 2001. Möglicherweise hat hier eine Beschönigung der Zahlen stattgefunden, denn laut ESG ist auch das Einfrieren der Embryonen schon verboten, denn theoretisch darf es gar nicht zu einer Überzahl von Embryonen kommen.

Embryonen im Vorkern-Stadium wurden laut IVS-Register noch mehr gezählt, nämlich für Ende 2001 ungefähr 75000 Stück. Der Bestand an tiefgefrorene Eizellen betrug 61370.

Wenn ein Embryo aus medizinischen (!) Gründen nicht eingepflanzt werden konnte, ist das Einfrieren erlaubt. Der Ausgangspunkt hierfür ist, daß die aktive Tötung von Embryonen strafbar und verboten ist. Sie müßten eigentlich ewig aufgehoben werden. Andere Länder haben für die Embryonen eine Aufbewahrungsfrist festgelegt: in England sind es 5 Jahre, in Frankreich, Schweden und Dänemark 1 Jahr. 1989 wurde festgesetzt, daß die Konservierung die Zeit von 3 Jahren nicht überschreiten darf.

In Deutschland umgeht man die Regelung, indem man Zellen im Vorkernstadium einfriert, bei denen noch keine Befruchtung und keine Zellteilung stattgefunden hat. Sie gelten somit noch nicht als Embryonen und sind auch noch nicht lebendig, da noch keine Verschmelzung stattgefunden hat.

Es hat sich gezeigt, daß Eizellen das Einfrieren im Vorkernstadium öfter überleben. Laut Bundesärztekammer kann man sie aber auch absterben lassen, wenn ein Elternteil das wünscht oder wenn ein Elternteil gestorben ist. 1986 wurden in England 3000 tiefgefrorene Embryonen einfach vernichtet. Rom sprach von einem „pränatalen Massaker“.

Der moralische Status der Vorkernstadien ist noch höchst unklar. Es ist eine Aufgabe von Philosophie und Theologie, zu einer Klärung beizutragen. Reiter meint, bei Vorkernstadien ließe sich noch nicht von Menschen sprechen. Aber sobald der Gefriervorgang unterbrochen wird (was zu Forschungszwecken notwendig ist), kommt es zur Verschmelzung und somit zu Leben!

Ein weiteres Problem in Bezug auf die Reproduktionstechnologie sind die Mehrlingsschwangerschaften, die heute viel häufiger zu beobachten sind als früher. Häufig stammen diese aus künstlichen Befruchtungen. Der Prozentsatz von Mehrlingen beträgt bei normal gezeugten Kindern 1%, bei künstlichen Befruchtungen zwischen 20 und 30%! Oft gehen Mehrlingsschwangerschaften einher mit Behinderungen, Frühgeburten oder schwierigen Schwangerschaftsverläufen. Das Risiko für Mutter und Kinder ist hoch. Für den Arzt stellt sich dann die Frage nach einer eventuellen „Mehrlingsreduktion“, d.h. nach der Tötung einzelner Föten, um das Überleben der anderen zu sichern (Fetozid). Medizinisch sei ein solcher Eingriff gerechtfertigt, weil die restlichen Kinder dann eine höhere Überlebenschance haben. Auch für die Mutter verringert sich das Risiko.

Die ethischen und rechtlichen Probleme in einem solchen Fall sind erheblich. Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, Leben zu erhalten! Daher lautet die Empfehlung, nicht mehr als 2 Embryonen bei der künstlichen Befruchtung zu implantieren. Wenn man die Föten doch umbringt, dann sollte man auf keinen Fall selektiv vorgehen (und den „besten“ am Leben lassen), sondern nach dem Zufallsprinzip. Strafrechtlich greift hier der § 218 mit seinem Hinweis auf die medizinische Indikation.

Es zeigt sich, daß spätestens an dieser Stelle nach der Perversion der Fortpflanzungsmedizin zu fragen ist. Ursprünglich wollte sie Leben schaffen, jetzt tötet sie mehr Leben als sie erschafft.

## **VI. Problematische Hilfe - Wirkungen und Nebenwirkungen**

Offenbar schafft die Fortpflanzungsmedizin mehr Probleme als sie lösen kann. Besonders bei der IVS muß der gesamte Vorgang in Ertrag und Gefahr gesehen und abgewogen werden. Man wird dabei zu einem negativen Ergebnis kommen. Die Methode wurde von den Ärzten wohl zu schnell für unverzichtbar gehalten. Dabei spielte das Kosten-Nutzen-Kalkül eine erhebliche Rolle.

Mit der künstlichen Befruchtung kann nicht jedem Paar geholfen werden. Nicht immer sind biologische Ursachen der Grund für die Unfruchtbarkeit, oft spielen psychosomatische Zusammenhänge eine große Rolle.

Weiterhin spielt der „Patient“ selbst eine untergeordnete Rolle, wird teilweise sogar ausgeklammert (z.B. bei einer Ersatzschwangerschaft). Statt dessen werden Dritte in die Therapie einbezogen.

Trotzdem kann nicht von einer Substitutionstherapie gesprochen werden, denn die gestörte Funktion wird ja nicht wiederhergestellt. Es handelt sich bei der künstlichen Befruchtung eher um medizinisches Handeln, für das es gar keinen Grund gibt.

## **VII. Frühzeitig Dämme errichten - Das Nein der Kirchen**

Die offizielle katholische Position lehnt alle Methoden der künstlichen Befruchtung ab, auch die Insemination. Schon 1897 wurde die moralische Unzulässigkeit der künstlichen Befruchtung von der Glaubenskongregation betont und mehrfach (1954, 1956) von Papst Pius XII. bestätigt.

1987 erschien dann die Instruktion der Glaubenskongregation „Donum Vitae“. 1995 verfaßte Johannes Paul II. die Moralenzyklika „Evangelium Vitae“, wo die grundsätzlichen Vorbehalte gegen die Fortpflanzungsmedizin deutlich ausgedrückt werden.

In der Ablehnung jeder künstlichen Befruchtung beruft sich das Lehramt immer auf die Würde der menschlichen Fortpflanzung. Der Zusammenhang von Liebe und Zeugung würde auseinandergerissen, das Kind sei mehr ein Produkt als ein in Liebe gezeugtes menschliches Wesen. Auch die EKD rät von der IVS ab (ohne sie zu verbieten). Der Wunsch nach einem Kind rechtfertigt nicht jeden medizinischen Eingriff.

### **VIII. Rechtliche Fragen - Wie schützenswert ist der Embryo?**

Grundsätzlich ist der Arzt in seiner Therapie frei, doch im Falle der künstlichen Befruchtung ist die Therapiefreiheit eingeschränkt, z.B. durch das ESG, das Sozialgesetzbuch (SGB, V, § 127a/121a), die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und durch das Berufsrecht. Außerdem sind die Leitlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu beachten.

Der rasante Fortschritt führt zu immer neueren Problemen, mit denen die rechtliche Regelung kaum Schritt halten kann.

### **IX. Vom Verbot zum Angebot - Vom Kinderwunsch zum Wunschkind**

Man kann heute zwar menschliches Leben entstehen lassen, doch die Methoden zur Erfüllung des ausgebliebenen Kinderwunsches wurden zum Allheilmittel bei Fruchtbarkeitsstörungen.

Bestimmte Bedürfniswünsche werden zu Krankheitsfaktoren, aus denen bestimmte Ansprüche zu erwachsen scheinen. Angebot und Nachfrage scheinen sich auf diesem „neuen Markt“ spiralförmig zu entwickeln. Im Vordergrund steht dabei die Machbarkeit, was zu einer rasanten Weiterentwicklung führt.

Es stellt sich die Frage, ob das Geld nicht auch für andere medizinische Projekte ausgegeben werden könnte. Reiter ist beispielsweise der Meinung, daß die künstliche Befruchtung als „Luxusmedizin“ privat bezahlt werden sollte.

Weiterhin sollte die Möglichkeiten der Adoption und Pflegeelternschaft wieder mehr in den Vordergrund rücken, die bürokratischen Wege müßten erleichtert werden.

Außerdem bleibt darauf hinzuweisen, daß auch Kinderlosigkeit Chancen entwickeln kann. Sie bietet einen Freiraum, der für andere fruchtbare Dinge genutzt werden kann, die ebenfalls zu Erfüllung und Glück führen. Daß kinderlose Paare nicht notwendig unglücklicher sind als Paare mit Kindern, zeigt z.B. die Jenaer Studie.



jetzt fehlt viel!! (5.+6., 12.+13., 19. Februar 03)

---

**§ 10 DIE GENTECHNISCHEN MACHBARKEITEN ALS HERAUSFORDERUNG DER THEOLOGISCHEN ETHIK**

---

- I. Die gentechnische Machbarkeit
- II. Die Herausforderung von Theologie und theologischer Ethik
- III. Bewertung der Anwendungsbereiche - konkrete ethische Urteile
- IV. Schluß

---

**§ 11 ORGANTRANSPLANTATION - SELBSTVERSTÄNDLICHE CHRISTENPFLICHT?**

---

- I. Begriff und Geschichtliches
- II. Medizinische Aspekte
- III. Rechtliche Aspekte
- IV. Ethische Aspekte
- V. Abschließende Zusammenfassung und Folgerungen

---

**§ 12 LEBEN MIT BEHINDERUNG**

---

- I. Vorbemerkungen: „Nichtbehinderte“ zum Thema Behinderung
- II. Behinderung im Kontext unserer gegenwärtigen Gesellschaft
- III. Die christliche Botschaft über den Menschen
- IV. Das Problem der Bewältigung
- V. Schluß

---

**§ 11 ORGANTRANSPLANTATION - SELBSTVERSTÄNDLICHE CHRISTENPFLICHT?**

---

**IV.**

1.

---

## § 13 LEBEN BEENDEN – BEGLEITUNG VON UNHEILBAR KRANKEN UND STERBENDEN

Mit dem Sterben beschäftigen sich einerseits die Palliativmedizin, andererseits die Thanatologie.

Der Begriff der Palliativmedizin stammt vom lateinischen Wort „pallere“ ab, was soviel bedeutet wie „mit einem Mantel bedecken“. Im Gegensatz zur kurativen Medizin (Heilmadin) ist sie nicht mit der Beseitigung einer Krankheit, sondern mit der Linderung der Beschwerden befaßt.

Der Name der Thanatologie verdankt sich dem griechischen Begriff für Tod. Es handelt sich dabei um ein recht junges Fach, das noch keine gesicherte Erkenntnis liefern kann. Es werden lediglich Hypothesen und Theorien über das Sterben und den Tod aufgestellt. Dies kann als eine erfreuliche Entwicklung gelten, wenn man bedenkt, daß Sterben und Tod heute oft aus dem öffentlichen Leben verdrängt werden. Sterbende werden oft an Institute verwiesen, die sich dann um sie kümmern. Der Tod wird heute insgesamt radikaler erlebt, nicht mehr als Bestandteil des Lebens. 80 % der Menschen sterben in Altenheimen.

### I. Warum muß der Mensch sterben?

II.

### 2. Biologische Grundlagen von Sterben und Tod

3

Die lebenden Zellen sterben, sobald sie sich nicht mehr an Umwelteinflüsse und Schädigungen anpassen können; sie erfährt einen irreversiblen Funktionsverlust. Der Übergang von lebender zu toter Zelle ist allerdings unscharf, der Zeitpunkt kann nicht genau bestimmt werden. Normalerweise besteht ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Tod der Zelle und Zellerneuerung. Störungen können sein: Infektionen, Gifte, unausgewogene Ernährung, Mangelscheinungen, Hitze, Kälte, Druck, hormonelle Fehlsteuerung u.a. Doch auch ohne Krankheitsprozesse kommt es zur Alterung und zum Tod der Zellen. Seelische und soziale Einflüsse sind ebenfalls von Bedeutung für den Tod. Einige Menschen glauben an den sog. psychogenen Tod, der nicht aufgrund einer medizinisch feststellbaren Krankheit, sondern z.B. durch einen Fluch eintritt. Es ist erwiesen, daß viele Menschen nach dem Verlust ihres Lebenspartners sterben.

Das Altern ist ein biologischer Vorgang. Vermutlich kann kein Mensch älter als 120/130 Jahre werden. Als wissenschaftlich unbegründet kann die Theorie gelten, daß die Medizin dieses Alter verlängern oder weiter hinausschieben könnte.

#### 4. Theorien des Alterns

5

Es gibt verschiedene Auffassungen, die das Altern biologisch erklären. Eine Auffassung besagt, daß Altern und Tod eine unvermeidliche Folge der Anforderungen des Lebens und somit gleichsam Verschleißerscheinungen sind. Eine andere Theorie geht davon aus, daß es biologische Mechanismen gibt, durch die die Zellen auf Tod hin programmiert sind [Diese Zelle wird sich in einigen Jahrzehnten selbst zerstören...].

Das Altern zeichnet sich also aus durch:

1. das Nachlassen der Reparaturfähigkeit durch beschädigte Zellen,
3. die Unmöglichkeit einer genetisch unbeschränkten Anzahl von Verdopplungsvorgängen (nach einer bestimmten Anzahl wird die Verdopplung einfach eingestellt),
5. die Begrenzung der Anzahl möglicher Stoffwechselfvorgänge,
7. die Wirkung freier Radikaler (aktive Sauerstoffverbindungen), die durch Stoffwechselverbindungen entstehen. Dies führt zu Schäden, zur Alterung und schließlich zum Zelltod. Die Vitamine C + E beugen den Schädigungen eine Zeitlang vor.

#### III. Der Weg zum Tod: Sterben

IV.

Ein Sterbender in medizinischer Sicht ist ein Mensch, dessen Tod durch Unfall, Krankheit oder Alter in absehbare Nähe gerückt ist, die Zeitspanne kann zwischen Tagen und Monaten liegen. Eine andere Definition lautet: Ein Sterbender ist ein Mensch, bei dem als Folge von Destruktionen von Organen lebenswichtige Funktionen so beeinflußt werden, daß Leben nicht möglich ist. Sterben wird aus psychologischer Sicht folgendermaßen definiert: Ein Sterbender ist ein Mensch, der objektiv vom Tod bedroht ist und der sich dessen so bewußt ist, daß sich sein Leben und Verhalten dadurch bestimmt. [eigentlich jeder...?!] Dazu zählen HIV-Infizierte, die sich noch im Vorfeld des eigentlichen Sterbens befinden, sich aber schon mit dem drohenden Tod auseinandersetzen.

Gegenwärtig gibt es keine religiösen oder mythischen Lehren mehr, die für alle Menschen verbindlich sind. Sie regelten die Einbindung des Sterbens und des Todes in das alltägliche Leben, was heute immer stärker zum Problem des Einzelnen geworden ist. In der pluralistischen Gesellschaft greift nahezu jeder auf andere Traditionen oder persönliche Strategien der Trauerbewältigung zurück.

Für Sterbende ist der Tod als Lebensphase näher gerückt. Ist er auf sich allein gestellt, hängt die psychische Fähigkeit, den Tod angstfrei zu bewältigen, vom Urvertrauen ab. Falls dies nicht vorhanden ist, kann der Tod als drohende Vernichtung erfahren werden.

1. Sterbephasen nach 2

## **Elisabeth Kübler-Ross**

Mit den Sterbephasen beschäftigen sich Thanatologen. Elisabeth Kübler-Ross ist bekannt („Interviews mit Sterbenden“), aber auch umstritten. Auf sie geht ein 5schrittiges Phasenmodell des Sterbeprozesses zurück.

### **1. Phase: *Nicht-Wahrhabenwollen und Isolierung***

Der Patient glaubt an die Verwechslung der Befunde oder sucht ähnliche Gründe der Verleugnung. Diese „Verdrängungstaktik“ kann auch den Schock der Todesnachricht vermindern.

### **2. Phase: *Zorn***

Wenn der Patient die tödliche Krankheit anerkannt hat, empfindet er Zorn und Eifersucht auf andere. „Warum gerade ich?!“ ist die Frage, die sich ihm aufdrängt. Am häufigsten äußert sich diese Phase darin, daß er unzufrieden mit dem Essen, dem Zimmer und sonstigen Kleinigkeiten ist.

### **3. Phase: *Verhandeln***

Der Tod wird als unvermeidbar anerkannt. Der Sterbende versucht allerdings durch „Verhandeln“, eine Verlängerung der Lebensphase zu erreichen, z.B. durch Feilschen mit den Ärzten. Die Patienten in dieser Sterbephase passen sich oft den Behandlungen besser an. Außer den Ärzten wird auch Gott zum Verhandlungspartner. Man leistet Gelübde, macht Wallfahrten etc. Oft empfindet der Sterbende hier Schuldgefühle.

### **4. Phase: *Depression***

Dieses neue Stadium des Sterbens beginnt mit Hoffnungslosigkeit. Der Patient versinkt in einem Meer von Traurigkeit. Es handelt sich dabei nicht um eine Depression im eigentlichen Sinn, die medikamentös behandelt werden könnte. Eine bessere Bezeichnung wäre „Phase der Traurigkeit“. Im Patienten macht sich ein Gefühl eines unendlichen Verlustes breit, denn er muß Familie u.a. zurücklassen. Oft bleiben auch noch ungelöste Probleme, die meist finanzieller oder familiärer Art sind. Oft wird in dieser Phase das Testament verfaßt, sich mit jahrelang verfeindeten Menschen versöhnt oder die Lebensauffassung gewechselt. Diese Phase kann in die Phase vorbereitender Trauer münden. Der Patient wird dann stiller und zieht sich zurück. Diese Phase erleichtert einen Ablöseprozeß des Patienten vom Leben.

### **5. Phase: *Phase der Zustimmung***

In dieser Phase akzeptiert der Sterbende den nahen Tod. Er geht ihm mit einer ruhigen Erwartung entgegen. Er ist müde und schwach, frei von aufreibenden Gefühlen.

## **3.**

### **Weitere Phasenmodelle**

4

Der Krankenhauseelsorger Helmut R. Zielinski bestätigt das Phasenmodell von Kübler-Ross. Er kritisiert jedoch, daß die religiöse Phase vernachlässigt wird. Ihm zufolge gebe es in der letzten Phase nicht nur Rückzug und ruhige Erwartung, sondern auch das Bedürfnis nach Gesprächen über den Sinn des Lebens und des Todes. Er spricht von der religiösen/metaphysischen/übersinnlichen Phase.

Ein weiteres Phasenmodell stammt von A. Weismann. Er beschreibt 3 Phasen, in denen der Tod gleichzeitig verleugnet und angenommen wird. Je nachdem, in welcher Phase sich der Patient befindet, liegt der Schwerpunkt auf Verleugnen oder auf Akzeptanz:

- 1. Phase:** Symptomwahrnehmung mit Neigung zur Selbsttäuschung; die Diagnose steht zu diesem Zeitpunkt noch nicht fest.
- 2. Phase:** Schwanken zwischen Negation und Akzeptanz der Diagnose; da der Patient um seinen baldigen Tod gleichzeitig weiß und nicht weiß, spricht man auch von der „middle knowledge“
- 3. Phase:** Körperlicher Verfall und Akzeptanz des baldigen Sterbenmüssens

Auch der Verhaltensforscher und Psychiater E. M. Pattison beschreibt den Sterbeprozess in 3 großen Abschnitten:

- 1. Phase:** Akute Krise, panische Angst und Verzweiflung
- 2. Phase:** Konkrete Ängste und Sorgen (vor Einsamkeit, Verlust der Familie etc.); „chronic living-dying-phase“
- 3. Phase:** Psychische und physische Erschöpfung; Desinteresse an der Außenwelt; Rückzug auf sich selbst

## 5. Kritik an den Phasenmodellen 6

Die Phasenmodelle des Sterbens sind zwar anschaulich und plausibel, aber wissenschaftlich nicht gesichert. Sie liefern keine immergültigen Regeln. Die Eigenarten des Sterbenden, seine Religiosität u.a. werden hier nicht berücksichtigt. Den Modellen zufolge haben alle Menschen einen ähnlichen Sterbeprozess. Dem ist jedoch augenscheinlich nicht so.

Der Wissenschaftler Kruse versucht diesem Manko gerecht zu werden und beschreibt von der Biographie beeinflusste Sterbeprozesse. Die Akzeptanz des Todes beinhaltet die gleichzeitige Suche nach den Möglichkeiten, die das Leben trotzdem noch bietet. Der Tod stehe im Mittelpunkt der Gedanken, die Suche nach einem Lebenssinn beginne oder würde intensiviert. Außerdem gebe es Bemühungen, den Tod zu verdrängen. Die Phasen reichen von Depression bis zu Akzeptanz.

Letztendlich muß das Sterben individuell betrachtet werden. Der Sterbeprozess verläuft sicher nicht starr in der Reihenfolge der hier aufgezeigten Modelle, Sprünge und Schwankungen sind möglich. Die Annahme des nahenden Todes kann ebenfalls nicht als Norm für alle Sterbenden angesehen werden. Sterbebegleiter dürfen keine Soll-Erwartungen an Sterbende haben, doch versteht man sie besser mit Hilfe der Phasenmodelle. Beispielsweise kann man sich auf den Patienten einstellen, wenn man weiß, daß er momentan Zeit braucht, um sich mit dem Gedanken seines Todes auseinanderzusetzen.

## 7. Todesnahe Grenzerfahrungen (Nahtod-Erlebnisse) 8

Bei den sog. Nahtod-Erfahrungen bleibt fraglich, ob es sich wirklich um den

Blick in eine andere Welt handelt oder lediglich um den Spiegel des eigenen Bewußtseins. Viele Menschen berichten von ähnlichen Erlebnissen an der Schwelle des Todes. Diese können physiologisch bedingt sein, z.B. durch den klinischen Tod (= vorübergehendes Versagen der Herz-Kreislauf-Funktionen und des Atmens), der eine veränderte Aktivität der Hirnfunktion herbeiführt. Sie können jedoch auch psychologisch verursacht sein, z.B. durch massive Bedrohung des Lebens wie bei einem Flugzeugabsturz o.ä. Die Atmung beschleunigt dann, was wiederum zu einem veränderten Sauerstoffgehalt im Gehirn führt und dessen Funktion beeinträchtigt.

Der Psychiater E. Wiesenhütter beschreibt seine Nahtoderfahrung folgendermaßen: Nach dem Aufwachen habe er sich gesträubt, in die „Wirklichkeit“ zurückzukehren: „Ich wollte wieder hinüber...“ Während der Erfahrung habe er eine Veränderung des Raum-Zeit-Erlebens festgestellt sowie ein unbeschreibliches Glücksgefühl, das zu einer Enttäuschung und zu einem Gefühl des wieder verminderten Bewußtseins beim Erwachen führte.

Auch Kübler-Ross beschreibt 3 Stufen dieser Erfahrungen, die mit einer Veränderung des Bewußtseins einhergehen:

- |    |                                 |
|----|---------------------------------|
| 1. | Gewahrwerden                    |
| 3. | Gewahrsein                      |
| 5. | Eintauchen in strahlendes Licht |

Bedingt durch moderne Reanimationsmethoden gibt es immer mehr Menschen, die durch die künstliche Lebenserhaltung solche Nahtoderfahrten gemacht haben.

Bekannt sind auch die psychosozial-medizinischen Untersuchungen von R. Moody, die er in seinem Buch „Leben nach dem Tod“ beschreibt. Alles beginne mit dem Verlassen des Körpers, dann würde man von anderen Wesen (Verstorbenen) begrüßt. Nach dem Durchgehen durch einen Tunnel begegne man einem Licht, das als personal erlebt würde und unglaubliche Liebe ausströme!! Einige Menschen interpretieren dieses Licht als Christus oder Gott. Irgendwo gebe es dann eine Grenze, wo man sich gewahr werde, daß man umkehren muß, da der Zeitpunkt des Todes noch nicht gekommen sei. Nach dieser Erfahrung verändere sich dann das Leben radikal.

Es bleibt allerdings zu beachten, daß die Nahtoderfahrten Teil des Sterbeprozesses sind, und keine wirklichen nach-tödlichen Erfahrungen. Es geht zwar um die Erfahrung einer anderen Wirklichkeit, aber noch nicht in einer anderen Wirklichkeit. Zur Welt des Alltags scheint es ein Jenseits zu geben; die psychologische Deutung dieser Erfahrungen lautet, daß es sich um Erlebnisse des Überbewußten, nicht des Unbewußten handelt. Physiologisch werden die Erlebnisse auf Sauerstoffmangel im Gehirn zurückgeführt.

## **9. Christliches Verständnis von Sterbe, Tod und Auferstehung 1**

In der Bibel gilt Gott als Schöpfer und Erhalter allen Lebens. wir haben also nicht das Recht, das Ende unseres Lebens selbst zu bestimmen. Klug ist es demnach, sich der eigenen Endlichkeit bewußt zu werden und

dementsprechend zu handeln – im Leben des Todes eingedenk...

Allerdings stellen verschiedene Todesvorstellungen eine Herausforderung an die christliche Sicht des Sterbens und des Todes dar, die nun in ihren Kernpunkten vorgestellt werden soll:

9. Wie alle Menschen haben auch Christen Angst vor dem Tod. Im AT (Weish 1,13) heißt es: „Gott hat den Tod nicht gemacht.“ In Röm 5,12 sieht Paulus den Tod als die Folge der Sünde an. Hierbei geht es um die konkrete personale Todeserfahrung, die als Entfernung von Gott interpretiert wird. 1
11. Für Christen gilt als unzerstörbare Kraft des Lebens Christus selbst. Nach dem Kreuz folgte die Auferstehung; das Urteil über den Tod wurde damit gefällt: nicht der Tod, sondern das Leben hat das letzte Wort! Somit kann der Tod auch von Christus als Wille des Vaters verstanden und angenommen werden. 1
13. Der Tod wird oftmals als Durchgang zum ewigen Leben, als Ende der irdischen Pilgerschaft angesehen (Joh 5,24; Röm 6,13). Wir sind in diesem Leben jedoch nicht nur vom Tod, sondern vom Leben (in Fülle), das von Gott kommt, umfungen!! ☺ Es geht um ein letztes Ziel: daß nämlich das Leben bzw. der Tod nicht in ein Nichts hinein führt (auch nicht in eine Reinkarnation), sondern dorthin, wo Christus ist (Joh 17,24). 1
15. Der Durchgang zum ewigen Leben wird christlich als die unvorstellbare Begegnung mit dem liebenden und richtenden Gott interpretiert. Der Mensch steht mit seiner ganzen Lebensgeschichte unverstellt vor Gott. Kein Mensch ist durch seine Leistungen befähigt oder berechtigt, ins ewige Leben einzutreten, letztlich zählt die Gnade Gottes. Wie allerdings der Übergang von diesem ins ewige Leben erfolgt, bleibt ein Geheimnis. Die Sterbeforschung gibt uns zwar Einblicke in den Prozeß des Sterbens, aber der Zustand des Todes stellt eine Grenze dar, die (noch?) nicht erforscht werden kann. 1
17. Die Christen sind der Meinung, daß es ein Leben nach dem Tod gibt. Deshalb muß der Tod ernst genommen werden. In der Medizin gilt der Tod als irreversibles Ende des Menschen; es stirbt nicht nur der Leib, sondern der ganze Mensch, der (vielleicht) aus Leib und einer „Geistseele“ besteht. Diese Auffassung findet man auch im AT wieder. Der Tod ist das Ende des Pilgerstandes des ganzen Menschen; Leib und Seele müssen allerdings nicht in gleicher Weise sterben, der Leib zerfällt zu Staub. 1

Nach Joh 9,4 ist der Tod das Ende der Entscheidungsfähigkeit des Menschen. Der Tod reißt den Menschen nicht von Gott weg, denn Gott ist ein Gott der Lebenden, wie es in Röm 8,11 und 1 Kor 15,12-22 heißt.

Auferstehung der Toten bedeutet „Verwandlung“, alles wird neu – die Sprache reicht nicht aus, diesen Zustand zu beschreiben. In 1 Kor 15,42f spricht Paulus von der leiblichen Auferstehung einer verklärten Leiblichkeit. Diese Redeweise verdeutlicht die Unaussprechlichkeit dieser Wirklichkeit.

Letztlich handelt es sich also nicht um einen totalen Bruch zwischen irdischem und jenseitigem Leben, sondern vielmehr um eine Verwandlung.

hier fehlt etwas!! (20.11.02)



**V. Die Rechte des Sterbenden**

**VI.**

1. **Wahrheit: Aufklärung** Die Frage nach der
3. **erleichterten Tod: Sterbehilfe** Die Bitte um einen

**VII. Sterbebegleitung**

**VII**

- b) **Rahmenbedingungen für die Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung**
- d) **Umgang mit den Bedürfnissen und Gefühlen des Sterbenden**

**f) Raum- und Zeitgestaltung**

Jeder Mensch bezieht die Zukunft in seinen Gedanken mit ein. Sterbende können dies nicht. Die Pflegenden sollten deshalb auf die Wünsche der Sterbenden betreffs der Gestaltung der noch bleibenden Zeit eingehen. Dies kann sich auf die Schlaf- und Eßgewohnheiten, auf das Zulassen von freier Zeit und auf den Schutz vor „Zeittötern“ (Radio, TV) beziehen. Uhren können für Sterbende zum wichtigen Symbol werden: das Leben findet noch in der Zeit statt. Stehengebliebene Uhren können Sterbende zutiefst erschrecken, ebenso kann ihn das Ticken einer Uhr ans Sterben erinnern. Das Krankenzimmer ist für Sterbende kein funktioneller Raum mehr. Es wird zum „zu Hause“, deshalb sollten Bilder, Fotos, eigene Möbelstücke und weitere persönliche Gegenstände den Raum vertrauter machen dürfen. Die Verlegung auf andere Zimmer sollte möglichst vermieden werden. Weiterhin ist auf die Angst der Patienten, z.B. im Bad zu sterben, einzugehen.

**g) Kommunikation**

Auch durch Zuhören kann den Sterbenden geholfen werden. Oft hat der Patient ein großes Bedürfnis, seine Lebensgeschichte zu erzählen. Er kann sich dadurch selbst annehmen und seine Erfahrung weitergeben. Auch „stiller Beistand“ ist manchmal angebracht. Sterbende ziehen sich in den letzten Tagen von Gesprächen zurück, suchen die Ruhe. Kommunikation vollzieht sich jedoch nicht nur über Sprache, sondern auch über Blickkontakte, Körperkontakte, Gesten usw., die vor allem in diesen Tagen sensibel eingesetzt werden müssen.

**IX. Die Hospizbewegung**

**X.**

4. **Geschichte**

In der christlichen Tradition gilt ein Hospiz ursprünglich als eine Herberge für Reisende. Heute bezeichnet der Begriff eine umfassende Begleitung von Sterbenden. Das erste Hospiz St. Christopher wurde 1967 in London von Cicely Saunders begründet. Sie war auch in der Forschung und Lehre tätig. In Deutschland ist die Hospizbewegung noch sehr jung. Die erste Gründung fand 1986 in Aachen statt. 2001 gab es in Deutschland 20 Hospize.

## 6. Ziele der Hospizbewegung

Als Hauptziel der Hospizbewegung kann das Bemühen angesehen werden, den Sterbenden außerhalb der gewohnten Umgebung beizustehen. Das Konzept kann in folgenden 6 Punkten umrissen werden:

1. Optimale medizinische Linderung körperlicher Symptome (Schmerzbekämpfung)
3. Menschliche, ganzheitliche Betreuung des Sterbenden und (!) seiner Angehörigen
5. Fürsorge durch ein interdisziplinäres Team: Pflegepersonal und Ärzte, Psychotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter, freiwillige Helfer
7. Begleitung von Trauernden
9. Aufnahme von Sterbenden in das Hospiz unabhängig von den Kosten
11. Kooperation mit bestehenden Institutionen und Diensten statt Konkurrenzkampf

Die Sterbenden sollen ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt haben. Um diese Aufgabe bewältigen zu können, sind auch freiwillige Helfer echte Partner in der Hospizarbeit.

Die Bewegung distanziert sich deutlich von der aktiven Sterbehilfe und legt vielmehr Wert auf die Linderung der quälenden Symptome, so daß beim Sterbenden gar nicht der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe erwachsen muß.

## 8. Einrichtungen, Organisationen und Fortbildung

Es gibt auch ambulante Hospizdienste, die Sterbende in der Wohnung betreuen. Stationäre oder teilstationäre Hospize werden von niedergelassenen Ärzten mitversorgt. Sogenannte Palliativstationen sind immer an eine Klinik angeschlossen und können dort über deren Geräte verfügen. Die Gemeinsamkeit von Hospizen und Palliativstationen besteht in dem Ziel, den unheilbar Kranken größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Weitere Einrichtungen sind:

- „Mit dem Sterben leben e.V.“ (Abkürzung: Ω)
- IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebens???)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von stationären ???
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

## Vorbemerkungen

Der nahende Tod ist zu erkennen an der Veränderung der Vitalzeichen in folgender Weise:

- unregelmäßiger Atem
- unregelmäßiger Puls (setzt zeitweise aus)
- abfallender Blutdruck
- die Haut wird kalt, blaß und bläulich
- das Bewußtsein schwindet
- zuletzt fallen das Zentralnervensystem (ZNS), Herz und Lunge aus, der Mensch stirbt.

Während des Sterbevorgangs ist ein genauer Zeitpunkt des Todes nicht festzustellen. Die Bestimmung des Todes ist aber sehr wichtig, denn erst bei einem Toten darf ein Arzt Organe entnehmen und die Therapie zur Lebenserhaltung abbrechen. Bei einem noch Lebenden kann eine Reanimation sinnvoll sein.

Heute definiert man den Tod gemeinhin als den Ausfall aller ZNS-Funktionen („Hirntod“). Im klinischen Alltag unterscheidet man zwischen verschiedenen Arten des Todes:

### 1. **Scheintod**

Der lateinische Fachbegriff lautet *vita minima/reducta*. Atmung und Herzschlag sind nicht mehr wahrnehmbar, aber noch nicht erloschen. Es gibt zahlreiche Berichte von Schwierigkeiten der Todesdiagnostik, v.a. in Krisenzeiten (z.B. in Zeiten der Pest). Der Scheintod tritt oft auf bei Vergiftungen, Unterkühlten oder fast Ertrunkenen.

### 3. **Klinischer Tod**

Der klinische Tod zeichnet sich durch den Stillstand von Atmung und Kreislauf und weitere, sog. „unsichere“ Todeszeichen aus, die da sind:

- Bewußtlosigkeit
- Ausfall der Spontanatmung
- Herz- und Kreislaufstillstand (Puls)
- Ausfall der Hirnstammreflexe
- Ausfall der Kornealreflexe (Hornhaut des Auges)
- Ausfall der Reaktion der Schmerzreize
- Lichtstarre (keine Reaktion auf Lichtreize)
- keine Reaktion auf auditive Reize
- Schlaffheit (Muskelatomie); reflexlose Extremitäten

Wenn alle diese Kennzeichen vorliegen, darf der Arzt die Diagnose des klinischen Todes stellen. „Unsicher“ sind die Todeszeichen deshalb, weil diese Menschen manchmal wieder ins Leben zurückgerufen werden können mittels moderner Technik. Allerdings ist die Zeit bis zur Reanimation sehr begrenzt. In einigen Fällen ist das Weiterleben durch Reanimation sogar möglich ohne ein Einbüßen der Lebensqualität, doch besteht die Gefahr von Hirnschädigungen oder Wachkoma (apallisches Syndrom).

Nicht jede technisch mögliche Animation ist sinnvoll; wenn z.B. absehbar ist, daß der Mensch bald stirbt oder daß die Lebensqualität nicht zu retten ist, der Patient nur noch leiden wird, dann sollte über den Sinn der Reanimation nachgedacht werden. Die Entscheidung trifft letztendlich der Arzt, der sich mit den Angehörigen zu beraten hat. Dazu ist eine schriftliche Festlegung nötig, denn sonst kann das Pflegepersonal allein entscheiden. In Notfällen ist oft

keine Zeit für ein solches Beratungsgespräch. Der Arzt muß dann davon ausgehen, daß ein Lebenswille des Patienten besteht – er muß also reanimieren, außer, wenn sichere Todeszeichen vorliegen.

### **3. Dissoziierter Hirntod**

Hierbei handelt es sich um den definitiven Ausfall aller Funktionen des Gehirns, auch wenn die Herz-Lungen-Funktion durch Maschinen intakt gehalten wird. Dieser Zustand zeichnet sich weiterhin aus durch:

- Bewußtlosigkeit
- keine spontane Atmung
- keine Hirnstammreflexe
- keine spontane Reaktion
- Rückenmarkreflexe etc. können u.U. noch erhalten sein

Der Hirntod muß von zwei Ärzten diagnostiziert werden. Die Diagnose stützt sich auf ein Null-Linien-EEG über 30 Minuten, das völlige hirnelektrische Stille und damit den Funktionsverlust des Gehirns anzeigt. Vergiftungen und Unterkühlungen müssen hierbei ausgeschlossen werden. Die häufigsten Gründe für das Eintreten des Hirntods sind Schädeltraumen, intrazellebrale Blutungen oder ein Herz-Kreislauf-Stillstand. Der Nachweis des Hirntods erlaubt den Therapieabbruch und die Organtransplantation

### **5. Biologischer Tod**

Der biologische Tod ist mit dem Erlöschen sämtlicher Organfunktionen eingetreten. Es handelt sich dabei um die sog. „sicheren“ Todeszeichen:

- Totenflecken, die erst einige Stunden nach dem Tod auftreten. Dabei wandert roter Blutfarbstoff ins Gewebe
- Totenstarre als Folge der Kontraktion der Muskulatur. Man bezeichnet sie auch als Leichenstarre oder rigor mortis. Sie setzt 4-5 Stunden nach dem Tod ein und löst sich nach 1-6 Tagen durch Fäulnis
- allmählicher Abfall der Körpertemperatur
- Trübung der Hornhaut
- Fäulnis

## **XIII. Umgang mit den Angehörigen**

**XI'**

### **1. Gefühle tolerieren**

Die Gefühle der Angehörigen schwanken zwischen ungläubiger Abwehr, tiefem Schmerz und gefaßter Akzeptanz. Unter Umständen kommt es zum Schock, der sich in heftigen Gefühlsausbrüchen oder eisiger Unnahbarkeit äußern kann und den Trauerprozeß einleitet

### **3. Schuldzuweisungen relativieren**

Oft weisen die unter Schock stehenden Angehörigen anderen unfair die Schuld am Tod des geliebten Menschen zu, z.B. dem Pflegepersonal.

### **5. Zeit lassen**

Wichtig sind Zeit und Stille zum Abschiednehmen. Dazu gehört auch das

Anschauen der Leiche und Gespräche mit ihr, als ob sie noch hören könnte. Beispielsweise kann ein nicht ausgetragener Streit beigelegt werden durch Entschuldigungen oder Anschuldigungen. Auch ein Schwelgen in gemeinsamen Erinnerungen hilft im Trauerprozeß. Berührungen der Leiche sollten zugelassen werden. Teilweise werden im Krankenhaus auch Abschiedsfeiern begangen, die den Abschied erleichtern.

## **XV. Religiöse Gebräuche bei der Versorgung von Toten**

**XV**

### **1. Judentum**

Im Judentum wird dem Verstorbenen eine Feder über den Mund gelegt und acht Minuten beobachtet, ob noch geatmet wird. Der Sohn schließt ihm dann die Augen. Die Arme werden seitlich am Körper ausgestreckt und der Körper wird mit den Füßen zur Tür auf den Boden gelegt. Neben dem Kopf des Verstorbenen brennt eine Kerze, er darf nicht alleine gelassen werden. Später wird er von der „Heiligen Gesellschaft“ abgeholt und durch eine rituelle Heiligung für die Erdbestattung vorbereitet. Nicht-orthodoxe Juden leiten die Beerdigung schneller in die Wege, was sich der Herkunft des Brauches aus heißeren Ländern verdankt.

### **3. Christentum**

Im Christentum werden dem Verstorbenen die Hände wie zum Gebet über der Brust gefaltet, oft gibt man ihm ein Kreuz oder einen Rosenkranz in die Hand. Das Begräbnis findet nicht vor dem dritten Todestag statt. Unter Umständen wird eine Totenwache gehalten. Neben dem Verstorbenen brennt eine Kerze als Symbol der Auferstehung.

### **5. Islam**

Die Leiche darf im Islam unmittelbar nur von Muslimen berührt werden, alle anderen müssen Handschuhe tragen. Auch hier werden die Arme seitlich am Körper ausgestreckt. Die Füße werden mit einem Faden am großen Zeh zusammengebunden, der Kopf wird in Richtung Mekka gedreht, das Kinn zeigt nach oben (?). Der Leichnam wird ungewaschen in ein Leinentuch gewickelt und entweder nach Hause oder in eine Moschee gebracht, wo er dann gewaschen wird. Dann werden ihm die Arme über der Brust gekreuzt. Innerhalb von 24 Stunden soll die Leiche bestattet werden. Auf einen Sarg wird verzichtet, da die Leichen in Tücher eingehüllt werden. Die Muslimen kennen keine Grabsteine für ihre Verstorbenen.

### **7. Hinduismus und Buddhismus**

Die Leiche darf hier auch von Anhängern anderer Religionen berührt werden. Es wird darauf geachtet, daß die Seele nicht am Verlassen des Körpers gehindert wird, deshalb liegt der Leichnam auf einem Laken ohne jedes Emblem. Beide Religionen praktizieren ausschließlich die Feuerbestattung.

### **9. Staatliches Bestattungsgesetz**

Das Bestattungsgesetz ist Sache des Landes, nicht des Bundes. Es zeichnet sich durch folgende Schwerpunkte aus:

**a) Bestattungszwang:** Jede Leiche muß bestattet werden. Als Leiche gilt auch eine Totgeburt von mind. 500g. Bei Fehlgeburten oder Totgeburten unter

500g besteht kein Bestattungszwang.

Für die Fälle der Fehl- oder Totgeburt gibt es eine eigene Begräbnisliturgie.

Die Art der Beisetzung kann eine Erd- oder eine Feuerbestattung sein, die Überreste müssen (!) auf Friedhöfen beigesetzt werden. Bei der Bestattungsart ist der Wille des Verstorbenen ausschlaggebend. Nur in Ausnahmefällen ist die Beisetzung außerhalb des Friedhofs gestattet.

Grundsätzlich darf die Beerdigung erst nach der Leichenschau stattfinden, man benötigt den Totenschein. Liegt kein natürlicher Tod vor oder ist die Leiche unbekannt, muß der Rat eines Staatsanwalts eingeholt werden.

**b) Leichenschau:** Es müssen sichere Todeszeichen vorliegen, bevor die Bestattung stattfinden darf. Der Arzt muß feststellen, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt. Jeder Arzt, der im Gebiet des Todes des Menschen niedergelassen ist, ist zur Leichenschau verpflichtet.

**c) 96 Stunden:** Die Leiche muß nach spätestens 96 Stunden bestattet sein (ohne Samstag und Sonntag)

Zur Versorgung der Toten gemäß dem staatlichen Bestattungsrecht bleibt auf folgende Punkte hinzuweisen:

1. Die Sorge um die Toten gehört zu den ältesten Zeichen der menschlichen Kultur.
3. Die Art der Bestattung hängt von der jeweiligen Kultur und den Lebenssituationen ab (Sarkophage, Mumien etc.)
5. Die Art der Bestattung ist Ausdruck der Welt-, Jenseits- und Menschenbilder der jeweiligen Gesellschaft. Früher hat man durch die Feuerbestattung bewußt die Auferstehung leugnen wollen, was heute nur noch selten der Fall ist.
7. Der Ort der Bestattung sollte grundsätzlich der Friedhof sein.
9. Die Wahrung der Würde auch des toten Menschen ist ein Grundanliegen des Bestattungsrechtes.
11. Die Wahl des Bestattungsortes obliegt den Totensorgeberechtigten (Angehörige, Lebenspartner), wenn der Tote nicht selbst eine Bestimmung getroffen hat
13. Im CIC von 1917 wurde die Kremation verboten (Can. 1176f). Dieses Verbot ist im neuen CIC jedoch entfallen.
15. Die Art der Bestattung kann auch abhängig sein von finanziellen Aspekten (eine Feuerbestattung ist billiger und man erspart sich häufig auch die Grabpflege durch ein anonym gehaltenes Grabfeld), von familienbedingten Rücksichten (Urnen sind besser zu transportieren; bei Alleinstehenden ist i.d.R. keine Grabpflege gewährleistet).
17. Im neuen Bestattungsgesetz ist auch das Ausstreuen der Asche vorgesehen, z.B. auf einer Wiese oder im Wald. Diese Neuerung sollte man nicht vorschnell verurteilen, denn es ist durchaus eine sinnvolle symbolische Deutung des „Aussäen“ der Asche möglich.
19. Bei einer anonymen Bestattung und beim Ausstreuen der Asche geht die Erinnerung an den Verstorbenen allerdings leichter verloren bzw. verblaßt schneller, da kein „Haltepunkt“, kein Ort der Erinnerung durch eine Grabstätte gesetzt ist. Das Gedächtnis der Toten nimmt immer mehr Wege in die

Anonymität – oder neue multimediale Wege, z.B. kann man auch „Grabsteine“ im Internet auf einer Gedenk-Homepage setzen lassen ([www.ewiges-leben.de](http://www.ewiges-leben.de)). Auch die Kreuze und Grabsteine an Unfallstätten können als nicht-anonyme Orte der Erinnerung aufgefaßt werden.

## **XVII. Trauer: Abschied und neuer Anfang**

**XV**

### **Vorbemerkungen, Definition**

Trauer beinhaltet Gefühle von heftigem Schmerz, Verlassenheit, Zorn und Ungläubigkeit nach dem Verlust eines geliebten Menschen. Er meint aber auch den Prozeß, der den Trauernden ermöglicht, sich in einer Welt zu orientieren, die nie mehr so sein wird, wie sie vor dem Tod des Angehörigen oder Freundes war. Sigmund Freud bezeichnete diesen Prozeß als Trauerarbeit, der ca. 1-2 Jahre dauert.

Trauer ist auch dann erlaubt, wenn man an ein besseres Jenseits glaubt. Für die Hinterbliebenen wird der Tod immer als schmerzlich erlebt, weshalb die Trauer auch weniger dem Schicksal des Toten als der Beziehung, die unwiederbringlich verlorengegangen ist.

Trauerreaktionen können sein:

- Totenklage (in allen Kulturen ist sie melodisch ähnlich, im christlichen Abendland zeigt sie sich in den Kirchenliedern)
- Körpersprache der Trauer: Weinen, Schluchzen etc. Diese Körpersprache wird überall verstanden
- Trauergemeinschaften, die den Tod in ritualisierter Form beklagen. In Deutschland kennen wir z.B. Trauer- und Abschiedsgottesdienste, Totenmessen.
- Trauer kann auch durch bestimmte Kleidung zum Ausdruck gebracht werden (Christen: schwarz)
- Trauernde schließen sich während der Trauerzeit von bestimmten Veranstaltungen aus.

Solche ritualisierten Trauereritte können die Bewältigung der Trauerarbeit erleichtern. Wenn sie es nicht tun, sollte man sie nicht vollziehen. Sie sind stark abhängig von der jeweiligen Kultur. Muslime sind beispielsweise der Meinung, daß Trauernde laut weinen und klagen sollten, bei Beerdigungen ist eine Ohnmacht völlig normal. In unseren Kreisen wird eher verlangt, daß der Trauernde schnell wieder gefaßt ist („In stiller (!) Trauer“). Dies kann dazu führen, daß Trauernde isoliert werden und nicht fähig sind, ihrem Schmerz angemessen Ausdruck zu verleihen.

### **1.**

### **Phasen der Trauer**

Die Modelle über die Phasen der Trauer enthalten folgende Elemente: Schock, Trauerverhalten, Trauerbewältigung und Neuorientierung. Exemplarisch sollen sie am Phasenmodell des Psychologen John Bowlby vorgestellt werden.

Wie auch bei den Sterbephasenmodellen wird hier nach den

Gemeinsamkeiten der Einzelfälle gesucht, das Individuelle wird vernachlässigt. Nach Bowlby durchläuft der Trauernde also folgende Phasen:

**1. Phase: Betäubung**

In den ersten Minuten nach der Todesnachricht ist grundsätzlich jede Reaktion möglich (Übelkeit, Ohnmacht etc.). Kurz danach spielen sachliche Probleme die scheinbar größte Rolle: Sarg, Friedhof, Behördengänge, Beerdigung etc. Dadurch sucht man einen ersten Halt, man ist abgelenkt und verdaut so den Schock besser.

**2. Phase: Sehnsucht**

Der Trauernde sucht nach dem verlorenen Toten. Er kramt Fotos, Lieblingsstücke und Erinnerungen heraus. Der Tod tritt nun ins Bewußtsein.

**3. Phase: Linderung durch Vermeidung**

Der Trauernde versucht, dem Schmerz auszuweichen. Er führt z.B. gewohnte Gespräche mit dem toten weiter, richtet sich nach dessen Wünschen, deckt ihm weiterhin den Tisch.

**4. Phase: Desorganisation und Verzweiflung**

Der Trauernde macht innere Kämpfe durch, er wähnt die Sinnlosigkeit des weiteren Lebens. Die Bewältigung des Alltags gelingt nicht mehr: der Trauernde ißt nicht mehr, öffnet keine Post etc. Oft wird hier die Widerstandskraft und das Immunsystem geschwächt. Trauer wird zum gesundheitlichen Risikofaktor. Es wurde nachgewiesen, daß Witwen und Witwer schneller sterben, und zwar doppelt so schnell wie nicht trauernde Gleichaltrige.

**5. Phase: Reorganisation und Bewältigung**

Der Schmerz läßt langsam nach. Oft geht diese Phase mit einem Wohnungswechsel einher und/oder der Aufnahme einer Arbeit. Die Erinnerungen schmerzen nicht mehr so, man sieht den Sinn in einem Neuanfang.

**3. Traueraufgaben**

Der amerikanische Trauerbegleiter J.W. Worden beschreibt 4 Aufgaben, die vom Trauernden zu leisten sind, damit er wieder froh werden kann:

5. Verlust als Realität akzeptieren  
(z.B. daß der Trauernde aufhört, den Tisch für den Verstorbenen mitzudecken)
7. Den Trauerschmerz erleben,  
d.h. der Trauernde sollte die Gedanken an den Verstorbenen nicht verdrängen, sondern zulassen und ggf. aussprechen.
9. Sich in veränderte Umwelt  
einfügen. Der Hinterbliebene muß die Aufgaben des Verstorbenen nun übernehmen.
11. Einen Teil der emotionalen  
Energien, die für die Beziehung zum Toten gebraucht wurden,



für anderes nutzen (z.B. Hobbies, neue Beziehungen aufbauen)  
I.d.R. ist Trauer keine Krankheit, die durch Medikamente behandelt werden kann. Eine medikamentöse Behandlung wäre eher kontraproduktiv, da echte Gefühle dann verschleiert würden. Die Symptome der Trauer können sein: Kraft-, Schlaf- und Appetitlosigkeit, ein Gefühl von Sinnlosigkeit und Leere, Wut, eine intensive Beschäftigung mit dem Bild des Toten, Schuldgefühle etc. Der Trauerprozeß kann auch mißlingen, was zu einem dauerhaften Trauerzustand führt. Man spricht dann auch von pathologischer Trauer oder einer Trauerkrise. Pathologische Trauer kann sich auch darin äußern, daß überhaupt keine Trauer deutlich wird (Verdrängung). Meist ist dann psychotherapeutische Hilfe notwendig.

### 13.

### Hilfe für Trauernde

Das Gefühl der Trauernden nach dem Tod ist stark von den letzten Tagen vor dem Todesereignis beeinflusst, z.B. davon, ob es Streit gab. Ein erster Schritt zur Hilfe für Trauernde ist schon die Sicherstellung einer guten Sterbehilfe. Sie kann als eine Art der antizipatorischen (vorwegnehmenden) Trauer gelten, die schon vor dem eigentlichen Tod den Trauernden hilft. Die Angehörigen denken dann schon frühzeitig über ihr Leben nach dem Tod des Sterbenden nach.

Für Seelsorger und Pflegende ergeben sich folgende Möglichkeiten der Hilfe:

1. Die Trauernden ermutigen, den Toten zu berühren, damit die Realität des Todes im wahrsten Sinne des Wortes begreifbar wird. 2
3. Den Trauernden mitteilen, daß sie ihre Gefühle ausdrücken dürfen. Schmerz und Trauer wird dann bewußt erfahren. Allerdings sollten Aufforderungen vermieden werden! 4
5. Zuhören!! Aufmunterungsversuche sind meist zwecklos. Floskeln sind zu vermeiden (z.B. „Die Zeit heilt alle Wunden“ o.ä.). Oft ist der Aufbau neuer Beziehungen durch Schuldgefühle behindert. Eine Aussprache kann den Umgang damit erleichtern. 6
7. Negative Gefühle zulassen, auch noch Monate und Jahre nach dem Todesfall. Falls pathologische Trauer vorliegt, ist ein Arzt einzuschalten. 8
9. Bewußtmachung der Realität: auch die Seelsorger können den Tod nicht ungeschehen machen. 1

In Bezug auf Hilfe für trauernde Kinder sitzt in vielen Köpfen nach wie vor die Vorstellung fest, daß Kinder vor Schmerz und Trauer geschützt werden sollen, d.h. Gespräche über Tote sollten in ihrer Anwesenheit möglichst vermieden werden. Faktum ist aber, daß Trauer nicht verhindert werden kann. Ein Kinderleben verändert sich durch einen Todesfall genauso wie ein Erwachsenenleben. Der Unterschied besteht darin, daß Kinder den Schmerz nicht verbal ausdrücken. Meist bewegt sie eine flammende Wut auf den Verstorbenen, weil er sie verlassen hat. Die einzige Hilfe besteht darin, aufmerksam zuzuhören. Ablenkungsmanöver haben hingegen keinen Sinn.

### 15. eines Kindes

### Trauer nach frühem Verlust

Das landläufige Weltbild geht davon aus, daß Kinder ihre Eltern überleben sollten. Der Tod eines Kindes wird demzufolge als einschneidendes Erlebnis erfahren, auch wenn es sich dabei um eine Tot- oder Fehlgeburt handelt. Auch in diesen Fällen ist mit einem 1-2jährigen Trauerprozeß zu rechnen, und zwar nicht nur bei der Mutter, sondern auch beim Vater des Kindes.

Oft wird verlangt, daß die Eltern nach dem Verlust des Kindes an der Arbeit und im Alltag wieder reibungslos „funktionieren“.

Nach einer Abtreibung plagen die Eltern oft Schuldgefühle, die das Trauern verhindern. In vielen Fällen können noch nicht einmal die Partner über diese Gefühle reden. Früher hat man das tote Kind nach einer Abtreibung, Tot- oder Fehlgeburt sofort von den Eltern weggetragen, damit sie es nicht sehen. Heute können sich die Eltern, wenn sie es wünschen, vom Kind verabschieden. Dabei ist zu beobachten, daß es oft so angenommen wird, wie es ist, auch wenn es häufig Mißbildungen hat. Einige wünschen auch, es zu berühren. Anschließend wird es beerdigt.

Oft hat man sich bei einer bewußten Entscheidung für die Abtreibung schon innerlich vom Kind verabschiedet. Bei einer Fehlgeburt allerdings ist das nicht der Fall. Deshalb ist dafür auch eine eigene Begräbnisliturgie mit eigenem Beerdigungsritual vorgesehen.

Die Eltern sollten ihre Trauerzeit nicht zu sehr ritualisieren, sonst besteht die Gefahr, daß sie anderen Kindern das Gefühl geben, minderwertig zu sein. Sie machen es sich und anderen dadurch nur noch schwerer. Hilfe in solchen Situationen können Selbsthilfegruppen bieten, deren Adressen vom Pflegepersonal weitergegeben werden.

## **17. Suizid**

## **Trauer nach Tod durch**

Nach einem Suizid steht die quälende Frage nach der Ursache des Todes und nach der eigenen Schuld im Raum. Eine tiefe Verunsicherung macht sich breit. Man fragt: „Warum?“ Der Wille zum Tod bedeutet für die Hinterbliebenen auch oft eine tiefe Kränkung, denn der Tote hat die Trauernden absichtlich verlassen. Bald beginnt die Suche nach dem Schuldigen. Bei Jugendlichen wird die Schuld oft auf die Eltern geschoben, bei Erwachsenen auf die Lebenspartner. Es droht die soziale Isolation der Trauernden.

Oft werden Suizide tabuisiert, doch gerade hier ist eine Bewältigung der Trauer wichtig, was erschwert wird durch das Faktum, daß offen gebliebene Fragen für immer ausgehalten werden müssen.

## **XIX. Eine Chance zur Gestaltung des Sterbens: Die Patientenverfügung XX**

Die moderne Medizin verlängert nach landläufiger Meinung das Sterben, selbst wenn es zur Qual geworden ist. Diese Auffassung zeichnet sich zumindest bei Umfragen ab, was den Wunsch nach der Legalisierung der Euthanasie nach sich zieht.

Die Patientenverfügung kann eine wichtige Hilfe sein angesichts der gegenwärtigen Wertpluralität und der Verdrängung von Leiden und Sterben.

Außerdem sind die traditionellen Familienstrukturen, in denen früher über das eigene Begräbnis etc. gesprochen wurde, weitestgehend aufgelöst.

Die Patientenverfügung beinhaltet Maßnahmen, über das Ende des Lebens zu verfügen. Früher sprach man vom „Patiententestament“, was aber unpassend erschien, da es nicht bloß um die Zeit nach dem Tod geht.

Zurzeit gibt es lediglich eine Fachdebatte über die Verfügung, die Allgemeinheit ist noch recht uninformiert.

In den USA spricht man seit 1977 vom „National death act“. Dabei handelt es sich um eine schriftliche Willenserklärung, in welcher der Arzt angewiesen wird, lebensverlängernde Maßnahmen nicht anzuwenden. Dieser „living will“ ist bindend! Der Arzt kann nicht wegen Tötung zur Verantwortung gezogen werden.

Diese Art der Verfügung wurde auch in der BRD diskutiert. Die Bundesärztekammer äußerte sich zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998 in Bezug auf die Patientenverfügung aufwertend. Sie stelle eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes dar durch ihre grundsätzliche Verbindlichkeit. Auch in der Bevölkerung erfuhr die Patientenverfügung große Wertschätzung. Eine repräsentative Umfrage von 1995 ergab, daß 70% der Befragten die Patientenverfügung positiv bewerteten, 16% waren dagegen und 14% unentschieden. Je jünger die Befragten waren, desto positiver war die Bewertung.

Definiert werden kann die Patientenverfügung als die Äußerung eines (möglichen) Patienten, die in Hinsicht auf die Lebenssituation getroffen wird, in der sich der Betroffene selbst nicht mehr äußern kann. D.h. sie geschieht prospektiv (vorausschauend) und vorsorglich. Die Patientenverfügung ist nicht an die schriftliche Form gebunden. Es gelten auch mündliche oder Videoaufnahmen. Der Patient legt weiterhin die Art der medizinischen Behandlung fest. Es gibt auch vorgedruckte Formulare der Patientenverfügung. Dort sind auch Erklärungen zum Therapieverzicht gemacht und zu den Formen der Therapie. Außerdem werden dort die Wertvorstellungen des Patienten berücksichtigt, was ansonsten oft vergessen geht. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird durch die Vordrucke erleichtert. Der Arzt soll um die persönlichen Werte des Patienten wissen, denn diese sind in der wertpluralen Gesellschaft nicht mehr als selbstverständlich vorauszusetzen. In der Verfügung darf weiterhin nur moralisch und rechtlich Erlaubtes niedergelegt sein. Tötung, also aktive Lebensbeendigung, ist verboten!

Eine von der Patientenverfügung unterschiedene Möglichkeit, selbst über sein Sterben zu bestimmen, ist die sog. Vorsorgevollmacht. Darin wird eine bestimmte Person autorisiert, Entscheidungen statt des Patienten zu treffen; sie wird vom Patienten selbst dazu bevollmächtigt. (vgl. BGB, Art. 1896, 1; 2 BGB Art. 1904,2). Es geht darum, einen Betreuer, nicht einen Vormund einzusetzen. Der Bevollmächtigte kann dann anstelle des Patienten entscheiden. Er kann, muß aber kein Verwandter sein, auch andere Bezugspersonen kommen in Frage.

Die Patientenverfügung gründet im Recht auf Selbstbestimmung. Dabei wird stillschweigend vorausgesetzt, daß der Patientenwille der Standardversorgung im Krankenhaus widerspricht (sonst bräuchte man die Verfügung nicht). Das Wohl des Patienten steht hier NICHT über seinem Willen, sondern die

Selbstbestimmung wird als das höhere Gut angesehen.

Man kann die Patientenverfügung auf zwei verschiedene Weisen bewerten:

1. Die Verfügung hat unterstützt den Patientenwillen (ohne Verbindlichkeit) 2.
3. Die Verfügung ist verbindlicher Ausdruck des Patientenwillens. 4.

Die Diskrepanzen der Verfügung bestehen laut den Vertretern der ersten Position in folgenden Punkten:

1. Es gibt einen zeitlichen Abstand zwischen dem Abfassen der Verfügung und dem Zeitpunkt des Sterbens; 2.  
→ Dem kann entgegengewirkt werden, indem die Unterschrift immer wieder erneuert wird.
3. Es gibt eine Differenz zwischen vorgestellter und realer Sterbesituation; 4.  
→ Nicht die klinische Versorgung soll in den Vordergrund gerückt werden, sondern die grundlegenden Kriterien, die für die Entscheidung des Patienten ausschlaggebend waren. Es geht also mehr um allgemeine Kriterien statt um die konkrete Situation.
5. Es gibt eine Differenz zwischen Gesagtem und Gemeintem; 6.  
→ Diese Feststellung impliziert die Unterstellung, daß der Patient etwas anders schreibt, als er es eigentlich gemeint hat. Dem kann durch sorgfältig ausformulierte Formulare begegnet werden, die möglichst standardisiert sein sollten.
7. Es gibt eine Differenz zwischen Gemeintem und Verstandenem; 8.  
→ Auch hier verbirgt sich eine Unterstellung wie in 3. Es sind also sorgfältige Formulierungen zu wählen. Vom Arzt ist hingegen Offenheit für das zu Verstehende zu erwarten. (Im übrigen ist das hermeneutische Problem bei allen Kommunikationsprozessen gegeben)

Damit ergeben sich folgende Kriterien für die Patientenverfügungsformulare:

- sie müssen im Zustand voller Zurechnungsfähigkeit verfaßt worden sein -
- der Patient muß wohl informiert, wohlüberlegt und frei von Zwängen gehandelt haben mit seiner Unterschrift -
- die Verfügung muß über ein Mindestmaß an innerer Konsistenz verfügen, da sonst gewählte Präferenzen nicht nachvollzogen werden können -
- bei der Anwendung sollte die Patientenverfügung die immer noch aktuelle Auffassung des Betroffenen widerspiegeln -

Trotzdem bleibt die Frage, ob man an die Patientenverfügung erhöhte kommunikative Standards stellen sollen, immerhin handelt es sich beim Sterben um eine Ausnahmesituation. Die Probleme, die sich ergeben, hängen mit den o.g. Diskrepanzen 1-4 zusammen. Bei einer Minimierung dieser Diskrepanzen und unter Beachtung der genannten Kriterien kann die Patientenverfügung als expliziter Wille des Patienten angesehen werden. Alles andere würde dem Autonomieprinzip und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten widersprechen.

Am 25.10.1999 veröffentlichte die Bundesärztekammer eine Handreichung der Ärzte zum Umgang mit der Patientenverfügung. Darin wurde wiederholt darauf hingewiesen, daß die Verfügung den Arzt entlaste, der sich so auf seine Diagnose konzentrieren könne. Der Patient kann sich sicher sein, daß seinem Willen entsprochen wird, auch wenn er sich nicht mehr äußern kann. Ein Patientenverfügungsformular läßt sich auch im Internet bei der DBK

herunterladen.

1999 gaben die EKD und die DBK eine Broschüre mit dem Titel „Christliche Patientenverfügung“ heraus. Sie stieß auf großes Interesse, was die hohe Auflage beweist. Sie wurde von Fachgebietsvertretern erarbeitet und stellt eine Fortschreibung zur „normalen“ Patientenverfügung dar. Die Broschüre versucht, innere Beweggründe deutlich zu machen, die von der Überzeugung getragen sind, daß die Annahme von Tod und Sterblichkeit zum Leben gehören. Die Entscheidung darüber sollte man selbst treffen und nicht in die Hände der Mediziner legen. Man sucht einen Mittelweg zu finden zwischen unzumutbarer Lebensverantwortung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung. Durch die Verfügung wird intendiertes Töten ausgeschlossen, außerdem wird deutlich zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden. Passive Sterbehilfe, d.h. ein Sterbenlassen, sei auch von christlicher Seite her verantwortbar. Neben passiver wird auch indirekte Sterbehilfe akzeptiert.

Der Vordruck des Formulars ist ohne theologische Konnotation formuliert, damit auch Andersgläubige davon Gebrauch machen können.

Bisher werden Patientenverfügungen nur in Krankenhäusern verteilt. Sie sollten aber auch in Alten- und Pflegeheimen Verbreitung finden.

## § 14 UMWELT UND ETHIK

- I. Die Begründung menschlicher Verantwortung für die Umwelt
- II. Grundaussagen des christlichen Glaubens zum Verhältnis „Mensch - Umwelt“
- III. Entscheidungs- und Urteilkriterien

## § 15 TIERETHIK UND TIERVERSUCHE

- I. Zur Problematik
- II. Ansätze der ökologischen Ethik
- III. Tierethische Konzepte
  
- IV. Konkretisierungen

Der Umgang mit Tierversuchen ist abhängig vom konkreten Fall. Folgende moralische Richtlinien können festgehalten werden:

1. Tierversuche dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn der Forschungszweck nicht anders erreicht werden kann.
2. Die Übertragbarkeit auf den Menschen muß sicher sein.
3. Tierversuche sind auf ein Mindestmaß zu beschränken unter Ausschöpfung aller methodischen Mittel.
4. Ersatzmethoden (z.B. die Simulation am PC) sind, wo immer möglich, bevorzugt einzusetzen.
5. Grundlagenforschung mit Tieren ist nur dann statthaft, wenn die

- Ergebnisse zur Lösung menschlicher Probleme dienen.
6. Bei der Mediziner Ausbildung sind Tierversuche nur dann durchzuführen, wenn keine tierversuchsfreien Mittel zur Verfügung stehen. Außerdem sollten unter Medizinstudenten auch ethische Probleme diskutiert werden.
  7. Doppel- und Wiederholungsversuche sind zu vermeiden (Experten an verschiedenen Unis müssen nicht dasselbe erforschen. Für Austausch sorgt die Vernetzung über Datenbanken.)
  8. Tierversuche erfordern Forscher besonderer Sensibilität, um Leiden und Schmerzen der Tiere, soweit wie möglich, zu verhindern.
  9. Den Bedürfnissen der Versuchstiere ist in besonderer Weise Rechnung zu tragen.
  10. Dem Versuchstier ist artgemäße Nahrung, Pflege und das Gemeinschaftsbedürfnis befriedigende, verhaltensgerechte Unterbringung und medizinische Versorgung zu gewährleisten.
  11. Die Belastung durch Schmerzen ist zu vermeiden, die Intensität von Schmerzen zu mindern. Wenn die Tiere bei den Versuchen leiden, sind sie besser zu töten.
  12. Ethisch nicht zu rechtfertigen sind Tierversuche zur Entwicklung von Waffen, schmückender Kosmetika und Luxusgütern.

---

## § 16 KLONEN VON TIER UND MENSCH

---

- I. Das Neue an der Klonierung von Dolly
- II. Warum geklonte Tiere?
- III. Verstoß gegen die Schöpfung?
- IV. Eigenwert der Mitgeschöpfe
- V. Erhaltung der genetischen Vielfalt
- VI. Geklonte Menschen?
- VII. Werte und Kriterien
- VIII. Grenzen in Gefahr
- IX. Wissenschaft und Verantwortung

---

## § 17 ETHIK UND ERNÄHRUNG

---

- I. Ethik als kritische Reflexion menschlichen Ernährungsverhaltens
- II. Ernährung und Gesundheit
- III. Übergewicht - Eßstörungen - Fasten
- IV. Gesunde Ernährung - wirtschaftliche und politische Aspekte
- V. Gentechnisch veränderte Lebensmittel
- VI. Fast food, Fertiggerichte, Light-Produkte
- VII. Essen als kulturelles und soziales Phänomen
- VIII. Der Verbraucher entscheidet

