

Angewandte Moraltheologie

Stephan P. Leher

Innsbruck 2003

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	1
Einleitung	2
(A) Leben und Tod	6
0. Einführung	6
0.1. Die rationale und die empathische Perspektive der Moralthologie	6
0.2. Jesus Christus: der gültige Bezugspunkt christlicher Ethik	7
0.3. Christologische Deutung von Tod und Auferstehung Jesu	9
1. Beginn und Entwicklung menschlichen Lebens	12
2. Die Ethik der genetischen Beratung und der Pränatalmedizin	18
2.1. Die Untersuchungsmethoden der genetischen Beratung	19
2.2. Methoden zur Gewinnung von fetalem Untersuchungsmaterial	19
2.3. Ethische Überlegungen zur pränatalen Diagnostik	20
2.4. Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung	20
2.4.1. Chronik der künstlichen Fortpflanzung	21
2.4.2. Rechtliche Grenzen der Reproduktionsmedizin	22
2.5. Ethische Überlegungen zur Fortpflanzungsmedizin	23
3. Die ethische Problematik der Stammzellenforschung und des Klonens	25
4. Die ethische Problematik des Schwangerschaftsabbruchs: der Konflikt zweier Leben	28
4.1. Die rechtliche Situation	28
4.2. Die Position des Kirchlichen Lehramtes zum Schwangerschaftsabbruch ..	30
4.3. Moralthologische Überlegungen	30
4.4. Beseelungstheorien und Strafrechtsentwicklung	30
4.5. Zusammenfassung zum Status des Embryos in den letzten 200 Jahren ...	32
4.6. Zwei unversöhnliche Standpunkte und Fragen an beide:	33
4.6.1. Eine Verteidigung der Abtreibung	34
4.6.2. Der moralische und legale Status der Abtreibung	34
4.6.3. Ein Argument dafür, dass Abtreibung falsch ist	35
4.6.4. Eine Neudefinition der Abtreibung	36
4.7. Die Ethik des Lebensbeginnes in anderen Religionen	36
5. Die Ethik am Ende des Lebens	39
5.1. Die Ethik der Sterbebegleitung	39
5.2. Ethische Probleme der Euthanasie	41
5.2.1. Begriffsklärung	41
5.2.2. Strafrechtliche Folgen	42
5.3. Einige Anmerkungen zur Schmerztherapie von tumorkranken PatientInnen	44
5.4. Moralthologische Überlegungen zum Thema: Menschenwürdig sterben .	44
5.5. Die Ethik des Gehirntodes	47
5.6. Euthanasie	50
6. Tierethik	54
6.1. Alle Tiere sind gleich	55
6.2. Die moralische Gemeinschaft	56
6.3. Moralischer Anspruch, der Wert von Leben und der Speziismus	56
6.4. In Verteidigung von Tierrechten	57
6.5. Lernen, die Tiere wieder zu sehen	57

EINLEITUNG

In der Katholischen Theologie wurden Themen der Angewandten Ethik meist im Zusammenhang mit einer Kasuistik (z.B. Sexualmoral, Medizinische Ethik) diskutiert, bzw. im Rahmen von tradierten (Eigentumsethik) und neu geschriebenen (Umweltethik) Traktaten einer speziellen Moraltheologie zugeordnet. Da die normative Ethik seit den 60er Jahren in den USA und den 70er Jahren in Europa wiederum an Bedeutung und Interesse gewann, stellt sich für die EthikerInnen die Frage der kritischen Reflexion ihrer Grundprinzipien zusammen mit dem zu erbringenden Nachweis an gebotem Sachverstand¹.

Der Begriff Angewandte Moraltheologie wird von mir nicht in dem Sinne von Grundlagen- und Anwendungsforschung in Naturwissenschaft und Technik verstanden. Es geht auch nicht um die Beurteilung klar erkennbarer Fälle anhand moralischer Prinzipien. Mit dem Begriff Angewandte Moraltheologie soll der Bezug von christlichen Prinzipien, Werten und Überzeugungen auf besondere Handlungssituationen zum Ausdruck gebracht werden. Wird von einer praktischen Moraltheologie gesprochen, denkt man leicht, dass eine theoretische Moraltheologie möglich wäre, die mit der ethischen Praxis wiederum nichts zu tun hätte. Auch die traditionelle Terminologie „Allgemeine und Spezielle Moraltheologie“ bringt wiederum zum Ausdruck, dass ein allgemeiner und ein spezieller Teil der Moraltheologie einfach unvermittelt nebeneinander stehen.

Die Besonderheit der Angewandten Moraltheologie liegt darin, allgemeine Aspekte der moraltheologischen Grundlagenreflexion auf konkrete Handlungssituationen und menschliche Lebensbereiche zu beziehen. Es geht mir dabei um diejenigen Lebensbereiche, die die modernen bzw. postmodernen Menschen heute mit ihrem Leben zu erfüllen haben. Grundlegende anthropologische Bereiche sind der Lebensbeginn und das Lebensende. Der Einzelne kann aber nur in einer Gemeinschaft von Menschen sein Leben gut leben. Das persönliche Leben ist mit dem Leben in der Gemeinschaft und deren Bedingungen (Gerechtigkeit, Frieden, Gewalt, Freiheit etc.) untrennbar verbunden.

Dabei muss die Angewandte Moraltheologie auch in der Lage sein, mit der modernen bzw. postmodernen „Praktischen Ethik“ in den argumentativen Diskurs zu treten. Im Sinne von Hugh LaFollette ist „Praktische Ethik“ eine systematische und zusammenhängende Erforschung, wie wir in einer Vielzahl praktischer moralischer Kontexte verantwortungsvoll handeln können.² In der Angewandten Moraltheologie geht es darum, verantwortliches Handeln als Christinnen und Christen in einer Vielzahl moralischer Kontexte im Zusammenhang zu reflektieren. Diese Reflexion der Christinnen und Christen wird in unserem wertpluralistischen Gesellschaftskontext wiederum von vielen nichtchristlichen Überzeugungen kritisch hinterfragt. Wir müssen zwischen sehr unterschiedlichen Wertvorstellungen eine verantwortbare Wahl treffen.

¹ Düwell, Marcus. Angewandte Ethik. Skizze eines wissenschaftlichen Profils, in: Interdisziplinäre Ethik. Grundlagen, Methoden, Bereiche. Holderegger, Adrian, Wils, Jean-Pierre (Hg.) Freiburg 2001, 165-184; 168.

² LaFollette, Hugh (Hg.), Ethics in Practice. An Anthology. Cambridge 1997.

Deshalb geht es in der Angewandten Moraltheologie auch darum, unsere Einstellungen kritisch zu bewerten. D.h. vor allem, über moralische Probleme und Themen kohärent und konsistent nachzudenken. Dieses Nachdenken soll uns vor uninformierten, schlecht gefassten und wirklichkeitsfremden Überlegungen bewahren.

Nehmen Sie als Beispiel die Benotung bei Prüfungen. Die kann auf mindestens drei Arten misslingen:

1. kann ich inkonsistent beurteilen, d.h. ich verwende bei jedem Studenten und bei jeder Studentin andere Bewertungskriterien. Bei der einen ihre Beredsamkeit und Reife, beim anderen seine gute schriftliche Arbeit, bei einem dritten seine harte Arbeit.
2. kann ich unangebrachte Bewertungskriterien verwenden. Hier sind die Kriterien für alle klar, aber unangebracht. Wenn ich z.B. nach Sympathie bewerte, dann ist das zwar konsistent, aber unangebracht.
3. kann ich die richtigen Kriterien unangebracht anwenden. Dies z.B. deshalb, da ich müde bin, oder engstirnig, abgelenkt, gestresst, ignorant oder unaufmerksam.

In ethischen Entscheidungsprozessen kann ich ganz ähnliche Fehler machen:

1. kann ich ethische Prinzipien inkonsistent anwenden.
2. kann ich unangebrachte moralische Kriterien verwenden.
3. kann ich moralische Kriterien unangebracht verwenden.

Ad 1.: Konsistenz: Wir sollen zwei Menschen gleich behandeln, außer sie sind in ihrer Art derart unterschiedlich, dass ein unterschiedliches Verhalten unsererseits gerechtfertigt ist.

Ad 2.: Korrekte Kriterien, Prinzipien, Richtlinien zu haben, ist auch wichtig.

Ad 3.: Und eine korrekte Anwendung dieser Kriterien ist auch wichtig. Ich kann z.B. schlecht motiviert sein, ich kann verhaltensgestört sein, neurotisch, oder unfähig auszuführen, was ich als moralisch richtig erkannt habe.

In der Angewandten Moraltheologie ist für das eigene Urteil ein Mindestmaß an Sachwissen von grundlegender Bedeutung. Es liegt an mir, Ihnen die relevanten Informationen zu vermitteln. Dazu kommt die sorgfältige logische Analyse um das, was echte moralisch relevante Probleme und echte ethische Fragen der Praxis sind. Es geht hier nicht um die Motivation oder Ausbildung von kompetenter sozialer Intelligenz. Es geht mir um den Ausbau Ihrer Argumentationsfähigkeit.

Können wir unsere moralischen Urteile überhaupt kritisieren und bewerten? Sind nicht alle moralischen Urteile persönliche Urteile, die aufgrund des eigenen Wertesystems gerechtfertigt sind? Gibt es keine moralisch schlechten Urteile? Ist alles nur Ansichtssache? Da wir immer wieder Entscheidungen treffen, die andere empfindlich treffen, können wir dieser Frage nicht entkommen.

In der Tat legen wir unseren Mitmenschen unsere Entscheidungen ja nicht bloß als unhinterfragbar auf den Tisch. In der Regel sind wir bereit, Argumente für unsere Entscheidungen anzuführen. Das heißt überhaupt nicht, dass damit die Authentizität der Entscheidung in Frage gestellt wird. Die einen sind überzeugt, dass Pornographie die Würde der Frauen entstellt und lehnen deshalb Pornographie ab. Die anderen sagen, Pornographie ist eine Form der freien Rede, diese muss gesetzlich geschützt sein und sie sind deshalb für die Pornographie. Die Kunst in

unserer werteppluralistischen Gesellschaft ist es ja gerade, mit unterschiedlichen Überzeugungen konfliktfreundlich, aber friedlich und tolerant umzugehen, sowie Gewalt entschieden entgegenzutreten.

Allem Pluralismus zum Trotz können die vielen vertretenen ethischen Prinzipien grob den folgenden zwei großen ethischen Theorien zugeordnet werden: dem Konsequentialismus und der deontologischen Ethik. Diese zwei Typen haben das Ethikverständnis der meisten Menschen geformt. Die Konsequentialisten meinen, wir sollen die Handlung mit den besten Folgen für alle wählen. Die Deontologen sagen, wir sollen entsprechend den moralischen Regeln und Rechten handeln und uns nicht von den Folgen beeinflussen lassen.

Der Konsequentialist berücksichtigt die Folgen seiner Handlung für die Interessen anderer. Die verbreitetste Form des Konsequentialismus ist der Utilitarismus. Dabei wird das Handeln gefordert, welches das Maximum an Glück für die größtmögliche Zahl garantiert. Ein Extrembeispiel wäre, wenn man von mir verlangen würde, dass ich meine beiden Nieren hergebe, damit zwei andere Menschen leben können. Es gibt auch die Regelutilitaristen, für die z.B. eine Lüge eine Lüge und etwas Schlechtes ist. Und es gibt die Akt-Utilitaristen, die bei jeder Handlung entscheiden und nicht nur bei ganzen Handlungstypen, wie z.B. beim Lügen. Für sie kann eine Lüge das Glück einer Gruppe erhöhen, also geboten sein. Für den Konsequentialisten ist es gleich schlecht, ob ich etwas tue oder unterlasse. Wenn ich indische Kinder nicht umbringen will, weil das moralisch schlecht ist, und wenn ich meine Lebensmittel nicht mit ihnen teilen will und sie durch Hunger umkommen, dann ist das für den Konsequentialisten gleich schlecht.

Für die Deontologen ist die moralische Verpflichtung für die Entscheidung zur Handlung ausschlaggebend. Die Folgen sind dabei hintanzustellen. Wie diese Regeln und Verpflichtungen aussehen bzw. zustande kommen, das ist auch unterschiedlich. Kant war der Meinung, die Vernunft hielte diese Regeln bereit, andere verlassen sich lieber auf die Intuition (McNaughton) oder auf die Rechtfertigung dieser Prinzipien in einem reflektiven Gleichgewicht (reflective equilibrium. Rawls). Für den Deontologen ist die Unterscheidung zwischen Handlung und Unterlassung moralisch signifikant. Niemand kann z.B. moralisch verpflichtet werden, den Welthunger abstellen zu müssen.

Diese Seiten „Angewandte Moraltheologie“ zu lesen, ist nicht leicht. Das ist zugegeben. Zeitungen und Science-Fiction-Romane zu lesen, verlangt die Reife von 16-Jährigen. Dementsprechend groß ist das Publikum dieser Medien. Diese Seiten sind für UniversitätsstudentInnen geschrieben. Das ist etwas völlig anderes. Die Mühe, diesen schweren Text selbst zu lesen und sich eine Meinung zu bilden, was da vor sich geht, lohnt sich für Sie. Selbständig zu denken ist eine Tätigkeit, die selbstbewusst und zufrieden macht. Darüber hinaus wird es Ihren Horizont erweitern. Es wird Ihr Verständnis für die Ansichten anderer erweitern. Und es wird Ihre Fähigkeit stärken, sich ihrer eigenen Ansichten und Überzeugungen klarer bewusst zu werden und diese auch verteidigen zu können.

Trotzdem: Es bleibt schwierig, eine Vielzahl von Argumenten, die miteinander verbunden sind, zu durchdenken. Argumente sind eine Anzahl miteinander verbundener Sätze mit einer zentralen Behauptung, die der Schreiber oder die Schreiberin zu verteidigen sucht. Das gilt für viele Texte. Der Schreiber oder die

Schreiberin kommt zu einer bestimmten Konklusion und versucht, deren Wahrheitswert mit Beweismitteln, den Voraussetzungen, zu unterstützen. Argumente werden aus Suggestionen zusammengestellt, mit Hilfe von Ideen, von empirischen Daten, mit Beispielen etc., mit allem, was vernünftige Gründe für ein bestimmtes Argument liefert.

Wenn wir keine Gründe für unsere Behauptungen haben, dann tun wir einfach das, was wir für richtig halten. Das haben die Nazis auch gemacht. Und die Leute, die die Gulags unterhalten haben, dachten auch, sie würden moralisch handeln. Das zeigt ein kurzer Blick zurück in die Geschichte. Wollen wir verantwortlich handeln, müssen wir sagen können, warum wir etwas getan haben bzw. tun wollen oder tun.

Aus einem ganz anderen Grund ist es für uns auch schwierig, mit philosophischen und theologischen Texten kritisch umzugehen: Wir wurden nicht dazu erzogen, die Argumente und Behauptungen, die uns täglich anschwirren, kritisch zu untersuchen. Im Gegenteil: Wir wurden erzogen, die Überzeugungen und Urteile unserer Eltern gutzuheißen und zu übernehmen. Dasselbe gilt von den Lehren der PriesterInnen, der LehrerInnen und unserer FreundInnen. Besonders wenn wir abweichende oder eigene Meinungen haben, fällt es uns sehr schwer, diese auch zu behaupten und nicht hinter die der Autoritäten zurückzustellen.

(A) LEBEN UND TOD

0. Einführung

0.1. Die rationale und die empathische Perspektive der Moralthologie

Die Wissenschaften vom Menschen mussten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mühsam lernen, den Menschen nicht nur als Objekt zu sehen, sondern ihn in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit wahrzunehmen. Auch Ethik und Moralthologie mussten dies lernen. Deren Selbstverständnis war stark von der Entwicklung der modernen Naturwissenschaften beeinflusst. So nahmen sie eher eine nur rationale Perspektive als die dominante Perspektive eines Problems wahr und leugneten, dass es auch eine andere, eher empathische Perspektive des Problems gibt. Beide Perspektiven sind wahrzunehmen, jede hat ihre Aufgabe. Die eher rationale Sicht kümmert sich um die Probleme des Unterscheidens, des Konsenses und der Neutralität, die Perspektive des «Care» sorgt sich um die Probleme des Verstehens, der Bewältigung und der Beziehung.³

Auch die Ethik in der Medizin hat beide Perspektiven zu berücksichtigen, wenn sie sich um die Fragen des Lebens und Todes bemüht. In den Krankengeschichten des Hippokrates ist stets zu lesen, wo der Kranke gelebt hat, z.B. in welchem Teil der Stadt. Und dies führt nicht nur zur Lebenswelt des Kranken, sondern auch zur Erkenntnis, dass jede Gruppe, Gesellschaft und Kultur ihr eigenes Regel- und Wertesystem für das beste hält.⁴ Die Ethik musste deshalb auch zur Kenntnis nehmen, dass das Verhalten und die Verhaltensregeln der Menschen sehr vielfältig sind. Verstehen-Wollen hat zur Voraussetzung, auch dem eigenen Wertesystem völlig widersprechende Ansichten und Überzeugungen tolerieren zu können. Gerade in der multikulturellen Gesellschaft der USA zum Beispiel, von der die Betonung der Autonomie ausging, musste zur Kenntnis genommen werden, dass Selbstbestimmung von den Schwarzen, Hispanics oder Asiaten anders gesehen wird als von ihren weißen mittelständischen Vordenkern, dass Selbstbestimmung also kontextabhängig ist.⁵

Der optimistische Fortschrittsglaube an die Wissenschaft, die als wesentlich gut galt, erwartete bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein von den Wissenschaften, sie würden langsam aber sicher die weltlichen Probleme der Menschheit lösen. Warum von einer Ethik der Wissenschaft sprechen, warum von einer Theologie des Lebens und des Todes? Wenn die Wissenschaft an sich gut ist, ist die Frage nach ihrer Ethik redundant. Diese Art ursprünglicher Unschuld verlor sie in den 30er Jahren, denn die

³ Illhardt, F.J., "Lebenswelt" und "Biomedizin". Wie kann man Medizin verstehen? in: Illhardt, F.J., Effelsberg, W. (Hg.), Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992. Stuttgart 1994, 11-28, 18.

⁴ Ebd. 17.

⁵ Ebd. 17

Wissenschaft entdeckte die Sünde. In Hiroshima und Nagasaki verlor die Atomphysik ihre Unschuld, die Medizin verlor sie kurz zuvor in Dachau und Auschwitz. Die reine Wissenschaft gibt es nicht - war die bittere Erkenntnis - sie kann sich als solche nicht einmal denken, denn sie ist untrennbar mit wirtschaftlichen, sozialen und politischen Interessen verbunden. Erkenntnis ohne Interesse gibt es nicht. Aufgrund dieser Diskussion hat die Ethik heute wieder eine neue Wichtigkeit erlangt. Und tatsächlich begegnet Garcia - wie viele seiner KollegInnen - dieser Anfrage an die Ethik zuerst mit einem neuen Imperativ: Die Ethik hat heute am Ende des 20. Jahrhunderts "die Verteidigung und den Schutz des Lebens auf der Erde" zu sichern. Dabei ist die Ethik von den Naturwissenschaften und ihren Möglichkeiten nach wie vor fasziniert, sie fühlt sich aber auch gleichzeitig von ihnen bedroht: Atomenergie, Überbevölkerung, die Erschöpfung der natürlichen Ressourcen, die Vernichtung der Erdatmosphäre, die Vergiftung des Erdbodens und die Verschmutzung des Wassers sowie der pflanzlichen und tierischen Ökosysteme und die ungleiche Aufteilung des Reichtums machen klar: Die Wissenschaft ist heute Bedrohung und Hoffnung zugleich.⁶

Dem heutigen Selbstverständnis der Theologie als Darlegung von Glaubenssätzen steht nicht mehr entgegen, wenn die Theologie auf die positive Beweisbarkeit ihrer Satzsysteme verzichtet. Dabei wird sich jede Theologie über ihre Art, die intellektuelle Berechtigung ihrer Aussagen zu verantworten, Gedanken machen müssen. Die Moraltheologie hat vor dem Forum der Human- und Gesellschaftswissenschaften wie der zeitgenössischen Philosophie zu bestehen. Und es kann nicht darum gehen, den autonomen Wirkungsbereich der Humanwissenschaften und die Freiheit der philosophischen Reflexion dann nachträglich wiederum zurückzunehmen und zu theologisieren. Die Autonomie des selbstverantwortlich und frei entscheidenden Subjektes, seine Sinnsuche und Anstrengung nach Überwindung aller Entfremdungen sind als anthropologische Basisimplikationen in der theologischen Reflexion in ihrem Sinnverständnis auf den christlichen Glauben und seine Praxis hin zu thematisieren. Es kann aber nicht darum gehen, der vom handelnden Individuum frei für sich verfügbaren Selbstverpflichtung dann ein theologisches Sonderwissen über den Menschen, das z.B. mit Hinweis auf die christliche Offenbarung beansprucht wird, einfach überzustülpen.

0.2. Jesus Christus: der gültige Bezugspunkt christlicher Ethik

Katholische Moraltheologie hat auch zu berücksichtigen, dass sittliche Ansprüche, Gesetze und Gebote an die ursprüngliche Erfahrung des Menschen gebunden bleiben, der seine Existenz vor Gott bringt. Jesus Christus ist und bleibt Bezugspunkt der christlichen Existenz. Die solidarische Liebe Jesu mit den Menschen kann nachgehandelt und geglaubt werden. Wie Jesus gehandelt hat, wie er die bio-psycho-soziale Ganzheit der Menschen, denen er begegnete, gehütet hat, wo er der Person half, autonom zu handeln, was er uns von Gott gesagt hat, erhält in der medizinischen Ethik, wo es wesentlich um die Auseinandersetzung mit Leiden und Tod geht, besondere Bedeutung. Wie Jesus der sozialen Ungerechtigkeit begegnete, wie seine Kommunikation aussieht, die Glaube und Gerechtigkeit verkündet, kann uns als Modell dienen.

Im Verhaltensmodell Jesu erfahren wir auch Wesentliches über unsere Kommunikation mit Gott, über unser Gebet: Jesu Gebet ist Klage, Lob, Bitte, Dank und Preis Gottes.

⁶ Gracia, D., Fundamentos de Bioética. Madrid 1989, 11.

Jesus lässt die Person - sei sie gesund, sei sie krank, sei sie traurig, sei sie froh, unterdrückt oder auf der Suche nach Gerechtigkeit - mit ihren Problemen zu Ihm kommen. Er respektiert, was ist. Er lässt die Frauen von sich sprechen und sie selber sein. Die Evangelien erzählen von einem Jesus, der die Schwächen seiner Jüngerinnen und Jünger zur Kenntnis nimmt, sie aber dafür nicht verurteilt. Erst nach der Auferstehungserfahrung werden die Jünger, die Jesus von Anfang an immer davongelaufen sind, fähig, nicht mehr davonzulaufen.

Wir können und sollen den Blick auf die befreiende Macht Jesu in seinem Lebensvollzug richten, auf seine Vision einer neuen, von unbarmherzigen Hierarchien befreiten Gesellschaft, auf die heilenden Kräfte, die er in den Menschen freisetzt und auf die Konsequenz, mit der er seine Lebenspraxis bis in den Tod hinein nicht verleugnete. Wir können uns seiner Vision der Erwartung des Heilwerdens im Vollzug gerechter Gemeinschaften, die auf gegenseitige Achtung und auf die Entwicklung verantwortlicher Beziehungen und Kommunikationen, die die Freundschaft von Mann und Frau, und nicht die Unterdrückung der Frau zum Ziel haben, anschließen und uns auf Jesu Glauben an das Reich Gottes stützen.

Dabei vergessen wir nicht die humanwissenschaftlichen Erkenntnisse, wonach Autonomie und Freiheit, Sinnerfahrung und Selbstverwirklichung zum gesunden und erwachsenen Menschsein notwendig sind. Wir dürfen uns vielmehr am Lebensweg Jesu ein Beispiel nehmen und fragen und suchen und Antwort finden, wie er den Grundkonflikt der menschlichen Existenz vor Gott gebracht und mit Gott ausgetragen hat:

Jesu hat auf seine Autonomie und die seiner Mitmenschen geachtet: Er verkündete Freiheit und Versöhnung statt Gehorsam gegenüber starren Gesetzen. Von der primitiven Objektliebe führte er zu Freiheit und Autonomie aus einem Grundvertrauen, das aus seiner Geisterfahrung kommt, die uns - wie seinen Jüngerinnen und Jüngern zu Pfingsten - auch zugesagt ist.

Jesu lehrt uns auch, wie wir trotz Scheitern weitergehen können. Wie wir nicht an unserem primären Narzissmus festhalten müssen, sondern das Kreuz unserer endlichen Existenz mit Sinnerfahrung füllen dürfen, die wir vor allem in der Liebe suchen und verwirklichen. Der narzisstische Mensch findet keine Entwicklung zur bewussten Annahme der Wirklichkeit. Er bittet Gott kindlich wie einen allmächtigen Vater, der ihn vor allem Leid, Frust und Mühsal des Lebens verschont. Der narzisstische Mensch findet auch nicht den Weg zur Wirklichkeit der anderen Menschen und ihrer Bedürfnisse. Und Jesus lebte nicht im Vorausphantasieren eines Äons, einer Utopie, in der plötzlich alles gut und problemlos und konfliktfrei ist, sondern er lässt uns Anteil haben an der Erfahrung der Hoffnung auf die Aufhebung aller Entfremdung und auf eine endgültige Identität, die wir jetzt nur partiell und fragmentarisch verwirklichen können. Das Reich Gottes hat begonnen, aber unsere Verheißung als Christinnen und Christen ist, dass Jesus wiederkommen wird, um sein Reich endgültig und für alle Menschen aufzurichten.⁷

Jesu gibt uns mit seinem Leben ein Modell desjenigen kommunikativen Verhaltens, das Autonomie garantiert und uns zeigt, wie wir als freie Menschen selbstverantwortlich

⁷ Die Narzissmus-, Objekt- und Identitätsproblematik in Bezug zu Jesus als „Modell des Menschen“ wurde von Heribert Wahl schon 1980 in die Moraltheologie eingebracht: Wahl, H., Christliche Ethik und Psychoanalyse. München 1980, 280-286.

handeln können. Und er ermutigt uns, dies auch tatsächlich zu tun. Dies gilt auch und ganz besonders, wenn es um die bedrängende Frage nach dem vielen Leid geht, dem die Menschen ausgesetzt sind und dem sie sich gegenseitig aussetzen. Die christliche Tradition hat die Frage des Umganges mit dem Leid sehr oft im Zusammenhang mit dem Blick auf den Kreuzestod Jesu Christi beantwortet. Aus diesem Grund lege ich hier einige grundsätzliche theologische Bemerkungen vor.

0.3. Christologische Deutung von Tod und Auferstehung Jesu

Die Lehre von Jesus dem Christus, die Menschwerdung Gottes, ist eine Grundaussage der Christologie. Der Glaube an Jesus den Christus ist ein Bekenntnis- und Vertrauensglaube, d.h. es geht um das faktisch bestehende Verhältnis der gläubigen ChristInnen zu Jesus Christus. Dieses Verhältnis ist im Gebet und in der Meditation erfahrbar und geht den theologischen Reflexionen voraus. Aufgabe der Theologie ist es, darzulegen, was mit diesem Glauben einer Menschwerdung Gottes gemeint ist und Gründe für diesen Glauben anzugeben.

K. Rahner wählte als Ausgangspunkt in seiner Interpretation der Menschwerdung Gottes die Schwierigkeit, erst einmal auszusagen und zu verstehen, was der Mensch eigentlich sei.⁸ Ist der Mensch in seinem Grund jenes Wesen, das sich in seiner Not, Begrenztheit und Endlichkeit bewusst als Verwiesenheit auf die Fülle jenes Schöpfers versteht, der die menschliche Natur begreifen lässt, indem er sich selbst dem Menschen als der Unbegreifliche mitteilt, so wird die Hoffnung, das eigene begrenzte Leben in dieser Fülle geborgen sein zu lassen, der anthropologische Beziehungspunkt des glaubenden Menschen.⁹

Der Mensch als Frage nach Gott, als Hoffnung auf Fülle und Geborgenheit seines Lebens, erhält in Gott, der Mensch geworden ist, seine Antwort.¹⁰ In der Theologie der Gotteserfahrung hält die Gottesbegegnung des Einzelnen ein Moment im christlichen Daseinsvollzug fest. Dies gehört zur Wesensverwirklichung des Christentums, wobei die innere Tröstung ohne Ursache Kriterium der Gottgewirktheit ist. Jesus bleibt in seiner Gottessuche und Gottesbeziehung Modell der Gottessuche und Gottesbeziehung der ChristInnen.¹¹

Die Anteilnahme an der Gottesbeziehung Jesu als authentische Gotteserfahrung des einzelnen Menschen ist die Auferstehungserfahrung, indem sie dem Menschen die existentielle Hoffnung, das eigene Leben als für den Tod unüberwindlich zu erfahren, begründet. Auferstehungshoffnung ist Erfahrung der Auferstehung Jesu, indem wir ihn und seine Sache als lebendig erfahren. Die Möglichkeit der Auferstehungserfahrung des Auferstandenen ist innerhalb der persönlichen Beziehung der ChristInnen zu Jesus Christus angesprochen und kann - wie jede menschliche Erfahrung - in der Reflexion nie eingeholt noch als gegenständliche vermittelt werden.¹²

⁸ Rahner, K., Grundkurs des Glaubens. 214.

⁹ Ebd. 221f.

¹⁰ Ebd. 223.

¹¹ Rahner, K., Das Dynamische in der Kirche. 79 - 138.

¹² Rahner, K., Grundkurs des Glaubens. 270ff.

Die Interpretation und Meditation der Erzählung von Tod, Begräbnis und Auferstehung Jesu sieht an der Grausamkeit des Kreuzestodes nicht vorbei. Der Glaube, dass Jesus der absolute Heilsbringer ist, der im Tod gänzlich zu scheitern scheint, aber in seinem Sterben, von Gott gerettet, in die Endgültigkeit seines Lebens stirbt, ist inneres Moment dieser Auferstehung selbst und bleibt an der Erfüllung der eigenen Lebenshoffnung ausgerichtet.¹³

Reflexionen über Tod und Auferstehung Jesu sollen die Selbstverantwortung der Glaubenden stärken und Mut zur Lebensbewältigung in Verantwortung machen. Dabei steht das gegenwärtige Leben im Mittelpunkt und nicht eine Vertröstung auf das zukünftige. Die einseitige Betonung der gehorsamen Selbstaufopferung Christi am Kreuz führt unter dem Druck, eigenes Leid unkritisch ertragen zu müssen, zur Last der Überforderung und zu Schuldgefühlen. Vor allem Frauen litten und leiden unter einem derartigen Modell der Selbstaufopferung, das nicht zur Aufforderung und Bestärkung eigenes Leiden anzunehmen und umzuwandeln führt und auch nicht hilft, sich mit Schmerz, Vergänglichkeit und Tod im Hinblick auf einen selbständigen Lebensentwurf offen auseinander zu setzen.¹⁴

Es geht nicht darum, sich mit dem leidenden Christus zu identifizieren, sondern mit dem handelnden. Es geht nicht um moralischen Druck in der Vorbildfunktion von Jesu Leben und Sterben. Die Erzählung der Leidensgeschichte in den Evangelien gibt ausdrücklich Zeugnis von der menschlichen Begrenztheit und Unzulänglichkeit der Jünger Jesu, die in ihrer Flucht bei seiner Verhaftung besonders deutlich wird. Die Evangelien erzählen von einem Jesus, der diese Schwäche seiner Apostel zur Kenntnis nimmt, sie aber dafür nicht verurteilt. Wenn es heute im Zeitalter der modernen naturwissenschaftlichen Medizin für den Menschen so schwer geworden ist, sich mit seinem eigenen Sterben auseinander zu setzen, so geben die Evangelien beredtes Zeugnis von der nur allzu menschlichen Todesverdrängung und Flucht vor dem Menschen, der zu Tode gebracht wird und so Alleingelassensein, aber nicht menschliche Solidarität erfährt.

Die Theologie des Abendlandes hat das Kreuz vor allem als Ausdruck der Leistung Jesu interpretiert, für die Schuld der Menschen sein Leben zu opfern.¹⁵ Es ist verständlich, dass derartige Theologien den Menschen nicht Mut machen, Verantwortung für die eigene Selbstwerdung zu übernehmen. Wenn heute die Menschwerdung Christi als Hoffnung des Menschen, das Schicksal seiner Vergänglichkeit überwinden zu können, im Mittelpunkt vieler TheologInnen steht, so richtet sich der Blick auf die befreiende Macht Jesu in seinem Lebensvollzug, auf seine Vision einer neuen, von Hierarchien befreiten Gesellschaft, auf die heilenden Kräfte, die er in den Menschen freisetzt und auf die Konsequenz, mit der er seine Lebenspraxis bis in den Tod hinein nicht verleugnete.¹⁶ Diese Vision erwartet Heilwerden im Vollzug gerechter Gemeinschaft, die auf gegenseitige Achtung und auf die Entwicklung

¹³ Ebd. 263.

¹⁴ Taube, R., Tietz-Buck, C., Klinge, Ch., Frauen und Jesus Christus. 20.

¹⁵ Ebd. 91.

¹⁶ Ebd. 95.

verantwortlicher Beziehungen, die die Freundschaft von Mann und Frau und nicht die Unterdrückung der Frau zum Ziel haben, gegründet ist.¹⁷

Die Sätze über das Lebensmodell Jesu klingen sehr gut. Es ist aber an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch die schönsten Theorien meist in der Schublade verschwinden. Deshalb ist zu fragen, warum schöne Theorien sehr oft so wenig Relevanz für die Wirklichkeit zeigen? Die Wirklichkeit ist größer als die Theorie über sie. Deshalb fordert Gustavo Gutiérrez, der Vater der Befreiungstheologie in Lateinamerika, den Primat der Lebenspraxis vor der Theorie. Und von der theologischen Reflexion der Lebenspraxis anhand des Lichtes der Botschaft Jesu verlangt er, dass sie zu mehr Solidarität mit den Schwestern und Brüdern beiträgt.¹⁸ Diese Vorlesung ist dem Anliegen von Gustavo Gutiérrez verpflichtet

¹⁷ Ebd. 118.

¹⁸ Gutiérrez, G., La verdad os hará libres, in: Gutiérrez, G. La verdad os hará libres. Salamanca 1990, 102-220, 112.

1. Beginn und Entwicklung menschlichen Lebens

Eine sehr lebensfreundliche Darstellung der Entwicklung des Kindes anhand von epochemachenden Fotos, einfachen graphischen Darstellungen und einem allgemeinverständlichen Text bietet: Lennart Nilsson. Ein Kind entsteht. Bilddokumentation über Entwicklung des Lebens im Mutterleib. Mosaik Verlag. Dieses Buch ist beispielhaft in der Lage, Staunen, Ehrfurcht und Liebe zum Leben zu vermitteln.

Die folgenden wissenschaftlichen Ausführungen entnehme ich: Rager, Günter (Hg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, München 1997. 15 - 114.

Von der Ovulation bis zur Implantation (1. Woche)

Monat für Monat wiederholt sich im Leben einer Frau der Eisprung (Ovulation), insgesamt etwa vierhundertmal: Innerhalb einer oder weniger Minuten platzt an der Oberfläche des Eierstocks ein herangereiftes Follikel (Eiblaste). Die Trichter (Fimbrien) des Eileiters versuchen, das reife Ei - bei einem Durchmesser von 0,8 mm gerade noch mit freiem Auge erkennbar - mit den Tausenden von schützenden Zellen, die es umgeben, aufzunehmen. Wenn alles gut geht, wandert das Ei (Oozyte) die Schleimhautoberfläche der Eileiter entlang in Richtung Gebärmutter. Durch chemische Signale aus dem Inhalt der Eiblaste werden die Wände des Eileiters angehalten, durch rhythmisches Zusammenziehen dem reifen Ei auf seiner Wanderung zu helfen. Die Reifung des Eis geht dabei weiter und es bereitet sich auf die Begegnung mit den Spermien vor. Die Spermien benötigen für die fünfzehn bis achtzehn Zentimeter vom hinteren Scheidengewölbe zum Eileiter im Allgemeinen einige Stunden. Von den 500 Millionen Spermien eines normalen Ejakulates kann nur eines die Eihaut der Eizelle durchbohren und sie befruchten. Ein Spermium ist etwa 6 Hundertstel eines Millimeters lang.

Die Befruchtung des Eis geschieht normalerweise im äußeren weiten Teil des Eileiters. Die normalen Körperzellen besitzen im Zellkern 23 Chromosomenpaare plus ein Geschlechtschromosomenpaar XY bzw. XX, auf denen die Erbinformationen in den Genen gespeichert sind. Die Ei- bzw. Samenzelle darf aber nur jeweils einen einfachen Chromosomensatz von je 23 Chromosomen plus Geschlechtschromosom aufweisen. Diese Reduktion der Chromosomenzahl im Zellkern ist beim Spermium bereits in den Hodenkanälchen abgeschlossen. Beim Eisprung ist jedoch erst die 1. Reifeteilung der Oozyte beendet. Diese Oozyte muss sich wiederum teilen, wobei ein weiblicher Vorkern (Pronukleus) entsteht, der sich mit dem Vorkern des Spermas trifft und vereinigt, und ein zweiter Polkörper, der eliminiert wird. Diese 2. Reifeteilung kommt bei der Oozyte erst nach dem Eindringen des Spermiums (Imprägnation) zum Abschluss. Welche der beiden Chromatiden (färbare Chromosomenstränge während der Teilungsphasen) eines jeden weiblichen Chromosoms zum weiblichen Pronukleus beiträgt, wird für die genetische Identität des zu zeugenden Lebewesens ausschlaggebend. Die Gesamtheit der Vorgänge vom Eindringen des Spermiums bis zur Ausbildung der Zygote (d.h. der befruchteten Eizelle, die wiederum einen diploiden - doppelten - Chromosomensatz enthält) nimmt viele Stunden - bis zu zwei Tage - in Anspruch. Mit der Ausbildung der Zygote ist die Befruchtung (Fertilisation) beendet. 3 - 4 Tage bleibt die Zygote im weiten Teil des Eileiters liegen

und teilt sich dort wieder und wieder. Diese Blastomere, sie hat einen Durchmesser von etwa 0,2 mm, sucht Kontakt zur Gebärmutter Schleimhaut.

Schon wenige Stunden nach der Fertilisation wird von der Zygote ein Stoff ausgeschieden - der Early Pregnancy Factor - , der verhindert, dass der Embryo bei der Einnistung als Fremdkörper durch eine Immunreaktion der Mutter abgestoßen wird. Andere embryonale Signale, wie etwa das humane Choriongonadotropin, führen zur Erhöhung der Progesteronproduktion bei der Mutter, wodurch die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft gewährleistet wird. Der mütterliche Organismus stellt sich auf Grund dieses Dialogs auf die Schwangerschaft um.

Dieser konfliktreiche embryo-maternale Dialog, der sich später in der Mutter-Kindbeziehung fortsetzen wird, soll anhand einiger Bemerkungen aus verhaltensbiologischer Sicht beleuchtet werden:

Die Eigenständigkeit des Embryos macht sich unter anderem dadurch bemerkbar, dass das mütterliche Immunsystem diesen Embryo normalerweise als Fremdkörper identifizieren und abstoßen würde. Die entstehende Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft gilt zwar als intimste menschliche Beziehung; aber sie ist nicht frei von merklichen Konflikten zwischen beiden Organismen. Schon wenn der Embryo sich in die Uterusschleimhaut der Mutter einnistet (Implantation), wird die körperliche Unversehrtheit der Mutter verletzt.

Auch die Mutter ist auf Ökonomie eingestellt. Dazu gehört schon, dass der mütterliche Organismus sich nicht mit defekten Embryonen belastet und die meisten Embryonen mit Chromosomen-Anomalien sofort abortiert. Etwa 50% aller befruchteten Eizellen des Menschen können sich wegen Chromosomendefekten und anderen Störungen im Zellaufbau nicht zu einem normalgesunden Menschen entwickeln und werden abortiert.

Probleme entstehen für die Mutter aber auch mit jedem normalen Kind, am merklichsten dann, wenn sie nicht im Nahrungsüberfluss lebt. Das gilt heute noch für einen ständig wachsenden Großteil der Menschheit und betraf wohl in den frühen Phasen der menschlichen Evolution jeden zumindest teilweise. Unter Nahrungsmangel würde die Mutter ein unterernährtes Kind mit geringen Lebensaussichten zur Welt bringen. Es ist bekannt, dass unter lang anhaltendem Nahrungsmangel der erwachsene weibliche Organismus den Ovulationszyklus stilllegt und erst gar keine befruchtbaren Eizellen bereitstellt. Weniger extremer, kürzer dauernder oder erst nach der Konzeption erkennbar werdender Nahrungsmangel führt zum frühzeitigen Abbruch der Schwangerschaft. Die meisten spontanen Aborte geschehen vor der 12. Schwangerschaftswoche.

Das heranwachsende Kind jedoch ist, ebenfalls von Natur aus, darauf eingerichtet, seine eigenen Lebensaussichten zu maximieren und nicht zu Null werden zu lassen. Das heißt, es wird regelmäßig seine Mutter mehr auszubeuten suchen als sie zuzulassen bereit ist. Da es für die Mutter unökonomisch wäre, eine notwendige Beendigung der Schwangerschaft hinauszuzögern, tritt ein Konflikt zwischen Mutter und Kind oft am Beginn der Schwangerschaft, vom Embryo her gesehen ‚vorsorglich‘, auf.

Zurück zur Blastomere und zu ihrer Einnistung in die Gebärmutter Schleimhaut:

Bis zum Achtzellstadium sind die Tochterzellen totipotent. Im Verband sind diese Tochterzellen jedoch nicht totipotent, sonst würde ja aus jeder von ihnen ein Embryo entstehen. Sie sind bereits aufeinander zugeordnet und bilden eine Funktionseinheit oder ein biologisches System. Ein Teil der Zellen entwickelt sich zum Embryoblast (Keimscheibe) und lagert sich an die Wand des Uterus an. Ein Teil der Zellen umhüllt

als Trophoblast die Blastozystenhöhle sowie den Embryoblast. Bei 32 Zellen entstehen zwischen den Zellen Flüssigkeitsräume, man spricht jetzt von der Blastozyste mit der Blastozystenhöhle. Am Ende der ersten Woche ist sie völlig in die Uterusschleimhaut eingenistet, die Implantation ist abgeschlossen.

Eine grundlegende theologische Aussage zum Beginn menschlichen Lebens:

Von der Entstehung der Zygote an ist der Embryo eine funktionelle, sich selbst organisierende und differenzierende Einheit, ein dynamisches und autonomes System. Als ein sich selbst organisierendes dynamisches System erfüllt er alle Bedingungen, die man an ein Individuum im biologischen Sinne stellen kann. Dieses sich selbst organisierende dynamische System hat die Fähigkeit, sich zu einem menschlichen Wesen zu entwickeln. Die Fähigkeit (Potenzialität) der Entwicklung des Embryos als menschliches Wesen bedingt seine Würde und Schutzbedürftigkeit. D.h. ich weiß, dass sich die Zygote zu einem lebendigen Menschen entwickeln kann und deshalb möchte ich sie schützen. Die Unversehrtheit der Zygote und des Embryos ist die Voraussetzung für das menschliche Leben. Menschlichem Leben kommt von Beginn an das Recht auf Leben zu. Leben ist für das Menschsein fundamental und ein Grundrecht. Insofern der individuellen menschlichen Existenz des Embryos das Recht auf Leben zuerkannt wird, kann man von einer Person sprechen. Der Grund der Würdezuschreibung als Person ist das moralisch verantwortliche Subjekt, das mit Vernunft und Gewissen begabt ist, das durch kein anderes aufgewogen werden kann, das keinen Preis hat und also um seiner selbst willen und unbedingt zu schützen ist. Die individuelle menschliche Existenz des Embryos ist die Voraussetzung dafür, dass sich ein Subjekt, d.h. ein Mensch, der sich Ziele setzt und als Person wahrgenommen wird, entwickeln kann. Die Schutzwürdigkeit des Embryos gründet sich auf seine individuelle menschliche Existenz und beginnt mit der Bildung des Genoms. Art.2, Abs.2 des Grundgesetzes: „Das Leben des Menschen ist von Anfang an in seinen Schutz genommen.“ Als Christen sehen wir den Anfang des menschlichen Lebens letztlich so wie den Anfang von Freiheit überhaupt, als Geheimnis. Dieses gründet theologisch wie biblisch im unwiderruflichen Ja Gottes zu diesem konkret in Erscheinung tretenden Leben. - Zurück zur Entwicklung des Embryos.

Der Zeitraum von der Implantation am Ende der 1. Woche bis zur 8. Woche wird als **Embryonalzeit** bezeichnet. Die Entwicklung des Embryos geht weiter:

Die Entwicklung zur zweiblättrigen Keimscheibe (2. Woche)

Der Trophoblast dringt tiefer in die Gebärmutter Schleimhaut ein und bildet die Primärzotten. Es entsteht im Trophoblast durch Spaltenbildung zwischen den Zellen wiederum eine Höhle, die Amnionhöhle. Der Embryoblast wird zunächst zweischichtig und bildet den Ektoblast und den Entoblast, die zweiblättrige Keimscheibe. Aus dem Ektoblast entsteht das Ektoderm, aus dem Entoblast das Entoderm.

Die Entstehung der dreiblättrigen Keimscheibe (3. Woche)

Auf dem Ektoderm erscheinen Zellen (der Primitivstreifen), die zwischen das Ektoderm und das Entoderm einwandern und das Mesoderm bilden. Das Ektoderm spezialisiert sich zur Neuralplatte, dann zur Neuralrinne und bildet als Neuralrohr die Anlage des Rückenmarkes und erste Anzeichen des Gehirns. Dies geschieht vom 19. bis zum 22. Tag. In der 3. Woche beginnen auch rhythmische Kontraktionen

desjenigen Blutgefäßes, aus dem später das Herz hervorgeht. Der Embryo ist 2 bis 3 mm groß.

Differenzierung der Keimblätter und Ausbildung der Körperformen (4. - 8. Woche)

Von der 4. bis zur 5. Woche dominiert das Wachstum des Nervensystems. Das Gehirn wächst, es entstehen die Pharyngealbögen (Schlundbögen), die Augen- und Ohrbläschen und die vier Gliedmaßenknospen. In der fünften Entwicklungswoche wird die Beugung des Kopfes so stark, dass die Stirn auf dem Nabel zu liegen kommt. Die Hirnabschnitte differenzieren sich weit, die Hemisphärenbläschen werden sichtbar. Der Embryo ist 10 mm lang. Der Embryo ist zum ersten Mal mit Hilfe von Ultraschall als kleiner Punkt sichtbar. 6 Wochen nach der Befruchtung zeichnet sich der Grundriss zu einem menschlichen Wesen ab. In den Zellen pulst das Leben, das Herz schlägt, Blut wird durch die Nabelschnur gepumpt, der Embryo ist ständig in Bewegung. Sein Herz macht 140-150 Schläge in der Minute, doppelt so viele wie das der Mutter.

Von der 6. bis 8. Woche richtet sich der Embryo auf, Augen, Mund und Nase beginnen hervorzutreten, das Gesicht entwickelt sich. Der Embryo ist etwa 30 mm groß.

Die Entwicklung während der Fetal- und Postnatalzeit

Eine notwendige Voraussetzung für bewusste Akte ist die Aufnahme der Verbindung der Hirnrinde mit den Sinnesorganen des Körpers. Die sensorischen Organe senden ihre Informationen über eigene Bahnen über Kerne im Zwischenhirn (den Thalamus) an die Großhirnrinde. Diese thalamo-kortikale Schleife funktioniert erst ab der 24. Woche. Ob diese Schleife schon hinreichend für das Bewusstseinsphänomen ist, gilt es zu hinterfragen.

Wenn Person über qualitative Kriterien definiert wird als vernunftbegabte Natur, die befähigt ist zur Selbstreflexion, zum Dialog und zur freien Willensentscheidung, dann setzen diese Qualitäten ein funktionierendes Nervensystem voraus.

Macht jetzt überhaupt die Hirnentwicklung den Menschen aus?

Ist der Beginn des Hirnlebens für den Beginn der menschlichen Persönlichkeit das Kriterium?

Im Reifungsprozess der Synapsenentwicklung z.B. kann kein bestimmter Zeitpunkt festgelegt werden, ab welchem die Reifung des Nervensystems für die Zuschreibung von Persönlichkeit ausreicht. Die Entwicklung ist kontinuierlich, ungleichzeitig für verschiedene Neurone und Teilsysteme. Die Reifung des Nervensystems ist auch mit der Geburt noch längst nicht abgeschlossen.

Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten

Die Handplatte wird gegen Ende der 6. Woche, die Fußplatte in der 8. Woche innerviert. Zu den Finger- und Zehenspitzen dringen die Nervenfasern aber erst gegen Ende der Embryonalzeit vor. Da gegen Ende der Embryonalzeit durch Hautberührungen motorische Reaktionen ausgelöst werden können, ist anzunehmen, dass der Reflexbogen bereits funktioniert. Kindsbewegungen im Uterus werden von der Mutter ab dem 5. Monat deutlich wahrgenommen.

Die Entwicklung der großen Sinnesorgane wie Auge, Ohr und Gleichgewichtssinn nimmt aber wesentlich mehr Zeit in Anspruch. Lichtreize werden erstmals in der 22. Woche mit Lidschluss beantwortet. Visuelle Fixation ist von der 30. Woche an

möglich. Strukturierte Muster können ab der 33. Woche erkannt werden. Eine Reaktion auf akustische Reize erfolgt in der 26. Woche (Körperzucken oder Blinzeln). Zur gleichen Zeit werden Reize des Vestibularsystems (Gleichgewichtsorgan) beantwortet.

Ein 12 Wochen alter Säugling vermag nur Gurrlaute zu äußern. Mit 16 Wochen beginnt er auf menschliche Laute zu reagieren. Mit 20 Wochen bringt er vokalähnliche Gurrlaute hervor, die sich aber deutlich von den Lauten der vollentwickelten Sprache unterscheiden. Mit 6 Monaten kann das Kind lallen. Mit 12 Monaten versteht es Wörter und kann auch einzelne Wörter wiederholen. Mit 18 Monaten hat es ein Repertoire von maximal 50 Wörtern erworben. Ab dem 30. Monat kann es sein Vokabular schnell erweitern. Es lallt nicht mehr, sondern äußert sich in kommunikativer Absicht. Erst mit 4 Jahren verfügt es über eine gut entwickelte Sprache, die der Sprache der Erwachsenen entspricht.

Die für Wahrnehmung, Erkennen und Handeln notwendigen Fähigkeiten werden in der Interaktion mit der Umwelt erworben. Kinder, die nie mit Sprache konfrontiert wurden, werden auch der Sprache nicht mächtig. Das neuronale Netzwerk bleibt äußerst anpassungsfähig und selbst organisierend offen.

Die pränatale Beziehung der Mutter zum Fetus

Die pränatale Beziehung zum Kind unterscheidet sich grundsätzlich von allen anderen Beziehungen dadurch, dass das Gegenüber der Beziehung mit unseren Sinnesorganen nicht unmittelbar wahrnehmbar und eine direkte Kommunikation nicht möglich ist. Es ist für die Pränatale Psychologie sehr schwer, etwas über die Interaktion und Kommunikation zwischen Fetus und Mutter zu erfahren. Die psychischen Einflüsse der Mutter müssen durch Beobachtung am Fetus in Utero untersucht werden. Das ist eine Forderung der exakten Methodik. Es ist etwas völlig anderes, Erleben und Verhalten des Erwachsenen - z.B. beim Birthing - so zurückzudeuten, als seien sie pränatal entstanden. Das sind Therapieverfahren für Erwachsene. Es ist etwas anderes, aus psychoanalytischen Sitzungen mit pränatalem und perinatalem Inhalt Erkenntnisse zu gewinnen - z.B. bzgl. des Angenommen- bzw. des Abgelehntworden-Seins. Wenn z.B. von der KlientIn ein Traum erzählt wird, in dem sie/er sich an der Nabelschnur erhängt hat, kann natürlich der Einfluss von mütterlichem Stress auf den Zustand des Fetus analysiert werden. Die Reaktionen des Fetus auf akustische Reize, Messungen von Herzfrequenz und von Hirnströmen können gleichzeitig am Fetus und an der Mutter vorgenommen werden, ebenso wie die Kardiographie zur Messung der Herzaktion des Kindes herangezogen wird. Mimische Reaktionen auf exogene Einflüsse können eventuell beobachtet und die Stresshormone im Blut des Kindes untersucht werden. Die Angst der Mutter kann sich auf das Kind übertragen, d.h. zu somatischen Reaktionen beim Kind führen. Andauernder Stress während der Schwangerschaft kann beim Kind neurologische Störungen, eine verspätete Entwicklung und Verhaltensstörungen hervorrufen.

Ohne Zweifel leben Eltern eine intensive Beziehung zum Kind, die auch ihr eigenes Leben verändert. Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Wohnverhältnisse werden ganz auf das Leben zu dritt oder mehr eingerichtet. Schon früh wird das Kind als solches benannt, schließlich wird es gespürt, vor allem durch die Kindsbewegungen. Gedankliche, emotionale und auch zärtliche Kontakte werden zum Kind geknüpft. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass eine schwangere Frau und in anderer Form auch der Vater, in tiefer Beziehung zum Kind leben. Die Schwangerschaft

erweist sich dann als Teil der Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Beziehung, die die gesamte Entwicklung des Kindes bis zum reifen Erwachsenen mit beeinflusst.

- Stellen Sie bitte die Entwicklung menschlichen Lebens von der Zygote bis in die Postnatalzeit dar.

2. Die Ethik der genetischen Beratung und der Pränatalmedizin

Die Ethik des Lebensbeginnes hat auch den Eltern beizustehen, die sich ein gesundes Kind wünschen, aber von der Sorge gequält sind, ob sie überhaupt ein gesundes Kind auf die Welt bringen können?

Dieser Sorge kann zunächst durch eine genetische Beratung begegnet werden.

Genetische Beratung und ihre Untersuchungsmethoden¹⁹

Die moderne genetische Beratung nahm ihren Anfang in den frühen 60er Jahren, als die Chromosomenanomalien als Ursache für Geburtsgebrechen entdeckt worden waren. Wenig später erlebte die Erforschung vererbter Stoffwechselstörungen einen Höhepunkt. Dabei hatte man auch erkannt, dass nicht nur die Erforschung der genetisch bedingten Krankheiten wichtig war, sondern auch Einrichtungen geschaffen werden mussten, um die neuen Erkenntnisse der Öffentlichkeit in Form von Beratungsstellen und leistungsfähigen Laboratorien zugänglich zu machen.

Unter den Humangenetikern dieser neuen Generation herrschte von Anfang an Einigkeit darüber, dass alte eugenische Denkmuster in der genetischen Beratung keinen Platz mehr hatten. Unter Eugenik verstanden Sozialpolitiker in den 20er und 30er Jahren in ganz Europa und den USA die utopische Hoffnung, man könne das Erbgut der Menschheit durch Förderung guter und Unterdrückung schlechter Erbanlagen verbessern. Diese eugenischen Auffassungen waren zum einen in großen Teilen wissenschaftlich unhaltbar, und zum anderen war ihre Umsetzung in der Praxis ohne die überzeugte Zustimmung der Betroffenen unmenschlich. Von der Eugenik abzugrenzen sind die Abscheulichkeiten im Namen der Erbgesundheit, die in der Nazizeit begangen wurden.

Die heutige Beratung durch die Fachleute der medizinischen Genetik ist ein Angebot an die Bevölkerung und die Ärzteschaft. An erster Stelle steht die Information. Liegt überhaupt ein Erbrisiko oder ein Wiederholungsrisiko bei einer Anomalie vor? Welche Untersuchungen sind notwendig, um genauere Angaben zu den Risiken machen zu können? Wie groß ist die Variationsbreite der klinischen Auswirkungen bei einer gegebenen Erbkrankheit? Welche Therapien gibt es? Lässt sich die Krankheit vorgeburtlich diagnostizieren? Sollte man ein solches Verfahren in einem gegebenen Fall in Betracht ziehen? Oft muss außerordentlich viel erklärt und diskutiert werden. Aber prinzipiell steht der endgültige Entscheid für oder gegen eigene Kinder, für oder gegen weitere Abklärungen, für oder gegen eine pränatale Diagnose, den Ratsuchenden zu. Diese Beratung soll nicht-direktiv sein, das heißt, es wird beraten, aber keine Entscheidung aufgedrängt.

Manchmal sind die Fragen an den genetischen Berater mit oder ohne eine Laboruntersuchung einfach zu beantworten. Vielfach weiten sich aber diese Fragen zu umfassenden Besprechungen und Beratungen aus. Bei Gebrechen wie Epilepsie oder geistiger Behinderung muss geklärt werden, ob überhaupt genetische Faktoren im Spiel sind und, falls ja, auf welche Weise das Leiden vererbt wird. Dies erfordert unter Umständen eine Untersuchung der Ratsuchenden oder ihrer Kinder bzw. Verwandten, die Aufzeichnung eines Stammbaumes, den Zugriff auf Krankengeschichten von Verwandten. Dies ist alles schwierig und verlangt von allen Beteiligten viel Engagement.

Als nächster Schritt bei einer genetischen Beratung werden konkrete Risikozahlen angegeben, beispielsweise für weitere Kinder eines Ratsuchenden oder für die

¹⁹ Spiegel, R., Schmid, W., Erbkrankheiten rechtzeitig erkennen. München 1996.

Kinder eines gesunden Geschwisters eines Patienten. Weiterhin werden etwaige vorbeugende Maßnahmen besprochen. Häufig ergibt eine Abklärung, dass ein befürchtetes Erbrisiko gar nicht vorhanden ist und alle Angst unbegründet war. In anderen Fällen können die Ratsuchenden unter Berücksichtigung der Kenntnis über eine spezielle Erbkrankheit und der Risikozahlen weitere Entschlüsse fassen. Dabei bieten sich verschiedene Möglichkeiten an:

- Akzeptieren eines Risikos, da es klein oder die Krankheit gut behandelbar ist.
- Verzicht auf Kinder, mögliche Adoption.
- Einsatz der pränatalen Diagnostik, sofern sie bei der betreffenden Krankheit möglich ist.
- Anwendung fortpflanzungstechnologischer Methoden, zum Beispiel heterologer Besamung mit Spendersperma.

2.1. Die Untersuchungsmethoden der genetischen Beratung

Chromosomenuntersuchungen: Die Chromosomen müssen während der Zellteilung beurteilt werden, da man sie nur dann morphologisch beurteilen kann. Beim Erwachsenen ist das Knochenmark ein Gewebe, in dem reichlich Zellteilungen stattfinden. Bei der pränatalen Diagnostik werden Zellen aus den Chorionzotten (das Chorion ist die spätere Plazenta und entwickelt sich aus dem Trophoblast) oder aus dem Fruchtwasser gewonnen. Unter dem Mikroskop werden die Chromosomen fotografiert, ausgeschnitten und zu sogenannten Karyogrammen zusammengestellt. Der Karyotyp wird folgendermaßen angeschrieben: 46, XX bzw. 46, XY. Die 22 Chromosomenpaare des Menschen sind in sieben Gruppen (A - G) eingeteilt.

Genanalysen, DNA-Untersuchungen: Auf den Chromosomen befinden sich die Gene als DNA aufgereiht. Würde man die DNA-Fäden aller 23 Chromosomen auseinanderziehen und der Länge nach anordnen, so ergäbe sich eine Strecke von circa einem Meter Länge. In der Regel sind viele Gene zusammen für die Ausprägung eines Merkmales verantwortlich. Die Gesamtheit der menschlichen Gene, das menschliche Genom, enthält etwa 100.000 Gene.

Ultraschall: Mit Hilfe des Ultraschalls werden Fehlbildungen auch zufällig bereits in frühen Schwangerschaftsstadien etwa ab der zehnten Woche im Rahmen der Schwangerschaftskontrollen entdeckt. Darunter fallen z.B. das Fehlen des fetalen Gehirns (Anenzephalie) oder das Fehlen ganzer Gliedmaßen.

2.2. Methoden zur Gewinnung von fetalem Untersuchungsmaterial

Amniozentese (Fruchtwasserpunktion): Wird für die pränatale Diagnostik in der Regel in der 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Der Fetus ist nicht viel größer als 10 cm. Der Frauenarzt sticht unter Ultraschallkontrolle mit einer Nadel durch Bauchdecke sowie Gebärmutterwand in die Fruchtblase und entnimmt mit einer Spritze etwa 10 bis 20 ml Fruchtwasser. Die anschließenden Untersuchungen dauern in der Regel zwei bis vier Wochen, da erst Zellkulturen angelegt werden müssen. Das ist für die Betroffenen eine quälend lange Wartezeit.

Chorionbiopsie: DNA-Untersuchungen (Genanalysen) können nur an Chorionbiopsien vorgenommen werden. Die Chorionbiopsie kann ab der 11. Woche vorgenommen werden. Dabei wird - durch die Bauchdecke oder die Vagina - mit einer Nadel wenig Zellmaterial aus dem Chorion, der späteren Plazenta, entnommen. Chromosomenpräparate können bereits am darauf folgenden Tag angefertigt werden. Auch für Genanalysen steht reichlich Material zur Verfügung. Bei Biopsien vor der neunten Woche wurde eine eindeutige Zunahme von Gliedmaßendefekten

beobachtet. Nach der 12. Schwangerschaftswoche spricht man von Plazentabiopsie. Das durch den Eingriff selbst bedingte Risiko eines Abganges des Embryos liegt bei ungefähr einem Prozent, bei der Amniozentese etwas darunter.

Nabelschnurpunktion: Diese sehr spezialisierte und daher gefährliche Punktion kann um die 20. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden, wenn es keine andere Punktionmöglichkeit gibt.

2.3. Ethische Überlegungen zur pränatalen Diagnostik

In meinen Ausführungen zur Ethik der pränatalen Diagnostik folge ich jetzt wiederum: Rager, Günter (Hg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, München 1997, 121 - 144.

Die Ethik begrüßt die neuen Möglichkeiten zum Schutz der Menschenwürde des noch ungeborenen Lebens: Die pränatale Diagnostik entlastet die schwangere Mutter in ihren Befürchtungen vor kindlichen Schäden - jede Schwangerschaft ist bis zu den Untersuchungen eine ‚Risikoschwangerschaft‘. Darüber hinaus lässt die pränatale Diagnostik in Einzelfällen heute bereits eine intrauterine Therapie – Bluttransfusion, Harnableitung, Medikamentengabe etc. - zu. Und unmittelbar postnatal notwendige Therapien - Neuro- und Kinderchirurgie - können vorbereitet werden.

Durch die Möglichkeit des sicheren und direkten Nachweises schwerster Erkrankungen entwickeln Patienten immer seltener ein Abbruchbegehren aus bloßer anamnestischer Angst, d.h. aufgrund der Erinnerung daran, dass in der Familie Erbkrankheiten aufgetreten sind. Pränataldiagnostik wurde so zu einer Methode der Lebenserhaltung. Beispielhaft hierfür ist der früher recht häufige Schwangerschaftsabbruch bei Verdacht auf eine Rötelininfektion der Mutter.

Dieser positiven Einstellung zur pränatalen Diagnostik ist aber deutlich hinzuzufügen: In der weit überwiegenden Zahl der Fälle geht es bei der genetischen Diagnose nicht um die frühzeitige Planung von Therapie, sondern um die Entscheidung zur Beendigung der Schwangerschaft.

Dies ist eine für die betroffenen Familien und Ärzte extrem belastende Entscheidungssituation. Ich werde die ethische Problematik des Schwangerschaftsabbruches im Anschluss an die Ethik der Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung behandeln. Dennoch sei schon jetzt klar festgestellt:

Die Tötung des Ungeborenen - auch des schwer behinderten - kann nicht gerechtfertigt, allenfalls als eine Ausnahme im Einzelfall toleriert werden. Das Lebensrecht und der Würdeanspruch des ungeborenen, unter Umständen behinderten Kindes, besteht uneingeschränkt fort.

2.4. Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung

Unter Fortpflanzungsmedizin versteht man die Diagnostik und Therapie ungewollter Kinderlosigkeit. Hiervon sind etwa 15 - 20% aller Ehepaare betroffen. Die In-vitro-Fertilisation stellt dabei eine Basistechnik dar, mit der eine Vielzahl von Folgetechniken und Folgeproblemen verbunden sind, so z.B. Samenspende, Eispende, Embryonenspende, Geschlechtswahl, Kryokonservierung, Leihmutter-schaft, Forschung mit (überzähligen) Embryonen und Klonen. Der folgende zeitliche Überblick dieser Entwicklung lässt - wie ich glaube - die Größe der ethischen Herausforderung durchaus erahnen. Diese Chronik der künstlichen Fortpflanzung und die Darstellung der rechtlichen Grenzen entnehme ich aus: Der Spiegel Nr. 10/3.3.97. Der Beitrag entstand anlässlich der öffentlichen Vorstellung von „Dolly“,

dem ersten vaterlosen Säugetier, am 23. Februar 1997: Die Wochenpresse ist schneller als es die Handbücher sind.

2.4.1. Chronik der künstlichen Fortpflanzung

- 1875 Beobachtung der Befruchtung
Der deutsche Biologe Oskar Hertwig beschreibt die Verschmelzung von Ei- und Samenzellkern beim Seeigel.
- 1878 Befruchtung außerhalb des Mutterleibes
gelingt dem Österreicher L. Schenk mit den Eizellen von Meerschweinchen auf einem Stück Gebärmutter Schleimhaut
- 1944 Befruchtung im Reagenzglas
von menschlichen Eizellen durch die Amerikaner J. Rock und M.F. Menkin
- 1952 Tiefgefrorene Spermien
Befruchtung einer Kuh mit gefrorenem Sperma - die schwangere Kuh gebärt ein gesundes Kalb
- 1952 Klonierung
von Fröschen aus den Zellen einer jungen Kaulquappe
- 1953 Tiefgefrorene Spermien
benutzt zur künstlichen Befruchtung einer Frau
- 1959 Retortenkaninchen
Erste Geburt eines im Reagenzglas gezeugten Säugetiers
- 1972 Gefrorene Embryonen
Es gelingt, lebende Mäuse hervorzubringen
- 1978 Retortenbaby
Geburt von Louise Brown - das Mädchen wurde außerhalb des Mutterleibs, im Reagenzglas, gezeugt
- 1983 Spenderinnen-Ei
Einer Frau wird ein fremdes, mit Sperma des Ehemanns befruchtetes Ei eingepflanzt; ein gesundes Kind wird geboren
- 1984 Gefrorener Embryo
In Australien wird das Mädchen Zoe geboren, entstanden aus einem gefrorenen Embryo
- 1986 Leihmutter
Mary Beth Whitehead aus den USA weigert sich, das aus dem befruchteten Ei ihrer Auftraggeber in ihrem Leib gewachsene Kind wie vereinbart abzugeben
- 1986 Klonierung
von Schafen durch Vervielfältigung von Embryonalzellen
- 1992 62jährige Mutter
Rosanna Della Corte aus Italien bringt ein Baby zur Welt; das Sperma stammt von ihrem Ehemann, die Eizelle von einer anonymen Spenderin
- 1993 53jährige trägt Enkel aus
Die Amerikanerin lässt sich die im Reagenzglas befruchtete Eizelle ihrer Schwiegertochter einpflanzen
- 1993 Klonierung
Der US-Forscher Jerry Hall löst mit der Klonierung von Menschen-Embryonen weltweiten Protest aus
- 1993 Unfall
Eine Niederländerin kommt mit Zwillingen nieder, einem weißen und einem schwarzen Baby - die Ärzte hatten bei der Reagenzglaszeugung offenbar eine unsaubere Pipette verwendet.

- 1994 Ungeborene sollen Mütter werden
Rodger Gosden von der Universität Edinburgh plant, abgetriebenen Föten Eizellen zu entnehmen, um sie als Eispende zu verwenden - er will Kinder nie geborener Mütter erzeugen
- 1995 Diebstahl
Vor einem kalifornischen Gericht werden erstmals Ärzte wegen Embryonen-Diebstahls angeklagt
- 1996 Streit
In England entbrennt ein Streit, ob die Vernichtung von 3000 befruchteten Eizellen einem Massenmord gleichkäme
- 1997 Klonierung
von Schafen aus den Körperzellen erwachsener Tiere

2.4.2. Rechtliche Grenzen der Reproduktionsmedizin

Das deutsche Recht verbietet das Anmieten von Leihmüttern ebenso strikt wie den Handel mit Spermien und Eizellen. 1990 beschloss das deutsche Parlament ein Embryonen-Schutzgesetz. Werden sich die Deutschen mit ihrer restriktiven Politik international behaupten können: Jedes Jahr reisen rund 10.000 Frauen in die Fortpflanzungskliniken der großzügigen Niederlande - viele von ihnen Deutsche.

Samenspende:	erlaubt in:		
Spermien aus Samenbanken werden in die Gebärmutter injiziert	Deutschland	Großbritannien	USA
Samenspende von Toten Injektion mit den Spermien Verstorbener			USA
Sexing Durch Separieren der Samenzellen wird - in D nur bei geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten - das Geschlecht des geplanten Kindes gewählt	D	GB	USA
Eizellenspende Entnahme und Weitergabe von Eizellen		GB	USA
In-vitro-Fertilisation (IVF) Eizellen werden in der Petrischale mit dem Samen verschmolzen und wieder in die Gebärmutter eingesetzt Nach 20 Jahren IVF 300.000 Kinder.	D 3 Embryonen pro Zyklus	GB maximal 12 Embryonen pro Zyklus	USA
IVF mit Präimplantationsdiagnostik Dem achtzelligen Embryo (totipotente Blastomere) wird eine Trophoblastenzelle entnommen und auf bestimmte Erbkrankheiten untersucht; je nach Testergebnis wird der inzwischen tiefgefrorene Embryo in die Gebärmutter implantiert oder vernichtet.	D beantragt (dzt. nur ab 12 -16 Zellstadium erlaubt)	GB	USA

Die Intracytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI) benötigt zur Befruchtung nur mehr eine einzige Samenzelle.

Leihmutterschaft In vitro erzeugter Embryo wird von einer Leihmutter ausgetragen	GB	USA
Einfrieren von Embryonen Konservieren von befruchteten Eizellen	GB	USA maximal 10 Jahre
Laborversuche mit Embryonen Experimente mit befruchteten Eizellen	GB	USA maximal 14 Tage
Klonen Herstellung von genetisch identischen Menschen		USA Embryonenklonung 1993 durchgeführt
Keimbahntherapie Fremde Gene werden gezielt ins Erbgut der Keimzelle eingebaut.	Bisher nur bei Tieren:	

2.5. Ethische Überlegungen zur Fortpflanzungsmedizin²⁰

Die Ethik der Fortpflanzungsmedizin ist eine Konkretisierung der allgemeinen Norm, Hilfebedürftigen in angemessener Weise zu helfen. Die Hilfe des Arztes wird hierbei einerseits bestimmt durch den anthropologischen Anspruch von Not und Leid des Paares und andererseits von den ihm überantworteten Fundamentalwerten Leben und Wohl des künftigen Kindes.

Insbesondere das Lehramt der katholischen Kirche weist in diesem Zusammenhang auf die natürliche Einheit von Liebe und Zeugung bzw. die Abspaltung der biologischen von der partnerschaftlichen Intimität der Zweierbeziehung hin. Auch die gegenteilige Position, dass beide - Sexualität und Fortpflanzung - nichts miteinander zu tun hätten, will nicht recht einleuchten. Gerade psychotherapeutische Erfahrungen der somatischen Medizin hinterfragen den Kinderwunsch als Ersatz für eine nicht mehr funktionierende Beziehung zwischen Mann und Frau. Sätze wie: „Der Arzt macht mir das Kind, das du zu machen nicht in der Lage bist“ zeigen die Beziehungsstörungen deutlich an. Durch die Idealisierung des Arztes werden die eigenen Anteile an der gestörten Beziehung zum Partner verdrängt und dieser gedemütigt. Oft ist es auch einfach nicht zu klären, ob seelische Befindungsstörungen (etwa ein eingeschränktes Selbstwertgefühl) Folgen der Unfruchtbarkeit oder vielleicht deren Ursachen sind. In letzterem würde man zwar die Unfruchtbarkeit auf medizinischem Wege beheben - was wiederum nur in 25% der unfruchtbaren Paare gelingt - aber nicht das für die Unfruchtbarkeit eventuell ursächliche Problem. Die Fortpflanzungsmedizin zwingt auch dazu, die Frage nach dem Sinn von Krankheit und den Grenzen der Therapie zu stellen. Medizinische Anthropologie und Ethik darf nicht nur auf medizinisch Machbares, sondern muss auch auf die Annahme von Unabwendbarem ausgerichtet sein. Warum soll einer ehelichen

²⁰ Reiter, J., in: Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, 354 -359.

Gemeinschaft nicht zugemutet werden können, auf eigene Kinder auch zu verzichten? Kann eine Ehe an dieser Annahme der Kinderlosigkeit nicht auch reifen? Das Paar wird diese Frage in der Abwägung seiner Not mit den Erwartungen an das gewünschte Kind verantwortlich beantworten müssen.

Das Lehramt der katholischen Kirche weist auf einen in der bisherigen Diskussion noch nicht genügend beachteten Aspekt hin, dass nämlich ein technisch erzeugtes Kind durch die Art seiner Erzeugung zum Produkt werden und darum zu seinen Eltern in einer Beziehung der Beherrschung stehe.

Im Fall einer Samen- oder Eispende muss damit gerechnet werden, dass auf das Kind Identitäts- und Beziehungskonflikte zukommen, weil es nur mit einem Elternteil genetisch verwandt ist. Zudem hat jedes Kind ein prinzipielles Anrecht auf ein Wissen um seine Herkunft. Diesen ethischen Fragen entsprechen im zivilrechtlichen Bereich vor allem die Probleme der familienrechtlichen Zuordnung von Eltern und Kindern, wenn der genetische Ursprung des Kindes ganz oder teilweise bei anderen Personen liegt als denjenigen, denen es rechtlich zugeordnet ist oder die es aufziehen möchten.

Der Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993, schreibt in den Nummern 2376 und 2377 unmissverständlich:

2376 Techniken, die durch das Einschalten einer dritten Person (Ei- oder Samenspende, Leihmutterchaft) die Gemeinsamkeit der Elternschaft auflösen, sind äußerst verwerflich. Diese Techniken (heterologe künstliche Insemination und Befruchtung) verletzen das Recht des Kindes, von einem Vater und einer Mutter abzustammen, die es kennt und die miteinander ehelich verbunden sind. Sie verletzen ebenso das Recht beider Eheleute, „dass der eine nur durch den anderen Vater oder Mutter wird“ (Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, vom 22. Februar 1987 „Donum Vitae“ 2,1).

2377 Werden diese Techniken innerhalb des Ehepaares angewendet (homologe künstliche Insemination und Befruchtung), sind sie vielleicht weniger verwerflich, bleiben aber dennoch moralisch unannehmbar.

- Legen Sie bitte die Ethik der genetischen Beratung und der Pränatalmedizin dar.

3. Die ethische Problematik der Stammzellenforschung und des Klonens²¹

Eine Stammzelle ist eine Art Ursprungszelle, die sich unbegrenzt vermehren und alle Zelltypen des Körpers (ca. 200) bilden kann (z.B. Muskelzellen, Nervenzellen, Blutzellen, Hautzellen, Darmepithelzellen). Diese Fähigkeit der Stammzellen bezeichnet man als Pluripotenz bzw. Totipotenz.

Stammzellen teilen sich asymmetrisch. Jede Tochterzelle kann entweder eine Stammzelle bleiben – man spricht hier von Selbsterneuerung - oder eine Vorläuferzelle bzw. terminal differenzierte Zelle werden, die sich nicht mehr selbst erneuern kann. Die Asymmetrie wird durch die Umgebung beeinflusst sowie durch die eigene genetische Programmierung. Die Anzahl der Zellen kann der biologischen Nische rasch angepasst werden.

Nur Zellen von sehr frühen Embryonen – d.h. bis 8 Zellen - sind totipotent. D.h., dass sich aus jeder einzelnen Zelle dieses Embryos durch Teilung ein eigenständiges Lebewesen entwickeln kann. In der Natur geschieht dies spontan, wenn sich ein Embryo zu so genannten eineiigen Zwillingen teilt. Mit diesen totipotenten Zellen darf in vielen Ländern der Erde nicht geforscht werden. Diese Regelungen der Embryonenforschung sind in Europa sehr unterschiedlich.

Einige Staaten verfügen noch nicht über Gesetze. Klonen wird in Italien zwar abgelehnt, als Quelle für Stammzellen dürfen aber nur überzählige Embryonen dienen. Anstelle gesetzlicher Regelungen werden die Vorgaben des nationalen Bioethik-Komitees angewendet. Das österreichische Gesetz zur reproduktiven Medizin besagt, dass Zellen mit Entwicklungspotential und Embryonen ausschließlich zu Fortpflanzungszwecken verwendet werden dürfen. Diskutiert wird derzeit, ob an humanen embryonalen Stammzellen geforscht werden darf und woher diese stammen sollen.

In Deutschland und Irland gelten strikte Verbote, in Großbritannien und Schweden hingegen liberale Bestimmungen. In Irland ist die Forschung an Embryonen implizit verboten und somit auch das therapeutische und reproduktive Klonen. In Deutschland ist die Forschung an Embryonen und die Herstellung von embryonalen Stammzellen durch das 1992 erlassene Embryonenschutzgesetz verboten. Ebenso sind reproduktives und therapeutisches Klonen untersagt. Der deutsche Bundestag hat im Frühjahr 2002 entschieden, dass bestimmte Stammzellenreihen aus dem Ausland zu Forschungszwecken importiert werden dürfen.

Gesetzliche Bestimmungen und Weltanschauung bestimmen die Orte, an denen embryonale Stammzellen zur Verfügung stehen. Genaue Informationen sind sehr schwer zu erhalten, da Labors, Wissenschaftler und Firmen immer wieder Ankündigungen tätigen, die zwar die Börsennotierung ihrer Unternehmen steigen lassen, aber keiner wissenschaftlichen Überprüfung auf Transparenz und Reproduzierbarkeit standhalten. Außerdem arbeiten sehr viele Zentren an der

²¹ Die Ausführungen dieses 3. Punktes entsprechen der Vorlesung "Stammzellen und Klonen": Univ. Prof. Dr. Lukas Huber (Institut für Anatomie und Histologie) und Univ. Prof. DDr. Stephan Leher (Institut für Systematische Theologie) vom 22. – 24. Mai 2002.

Herstellung von embryonalen Stammzellen. In der Tat gibt es zur Zeit etwa 10 Zentren, die embryonale Stammzelllinien hergestellt haben: 4 in den USA, 2 in Schweden, 2 in Indien, 1 in Israel und 1 in Australien.

Stammzellen finden sich in Embryonen, Föten und wurden bislang auch in 20 Organen des menschlichen Körpers nachgewiesen (z.B. im Knochenmark). Je nach Herkunftsort der Stammzellen unterscheidet man embryonale (aus dem Embryo), fetale (aus dem Fötus) und adulte (von Säuglingen, Kindern, Erwachsenen) Stammzellen. Embryonale Stammzellen werden aus dem Inneren von wenige Tage alten Embryonen entnommen. Zur Zeit gibt es drei Möglichkeiten, embryonale Stammzellen zu gewinnen: aus Embryonen, die bei einer künstlichen Befruchtung entstehen, aus abgetriebenen Föten oder durch „therapeutisches Klonen“ (Zellkerntransfer).

Sowohl beim Klonen (bis zu Dolly) als auch bei der Gewinnung von Stammzellen aus „überzähligen Embryonen“ werden die verwendeten Embryonen zerstört. Der Begriff „Klonen“ bezeichnet allgemein die künstliche Herstellung einer genetisch identischen Kopie eines Lebewesens durch Fortpflanzungstechniken. „Therapeutisch“ heißt dieses Klonen, weil es nur dem Zweck einer Behandlung dient. Das Einpflanzen eines solchen Embryos in die Gebärmutter einer Frau – also eine Entwicklung hin zum menschlichen Klon – bleibt verboten.

Das therapeutische Klonen ermöglicht, aus einer somatischen Zelle eines Patienten und einer enukleierten Eizelle, embryonale Stammzellen mit dem Genom des Patienten zu erhalten. Aus diesen individualspezifischen Stammzellen ließen sich gesunde Zellen und Gewebe erhalten, die bei der Übertragung auf den Patienten keine immunologischen Probleme hervorrufen. Das hochdifferenzierte genetische Programm eines Körperzellkerns kann offensichtlich nach der Überführung in das Eizellplasma eine weitgehende Reprogrammierung erfahren. Hierbei entsteht eine neue totipotente Zelle, die sich analog einer befruchteten Eizelle zur Blastozyste entwickeln kann.

In der Praxis brauchten Wilmot und Cambell fast 300 Anläufe, um mit dieser Methode einen Embryo zu produzieren, der nicht nach den ersten Zellteilungen sofort wieder abstarb. Heute, 5 Jahre nach der Geburt von Dolly, ist sie eine kranke alte Dame. Das ist die Überraschung: Dolly alterte viel schneller als normale Schafe dies tun und ihre Gelenke sind völlig arthrotisch verändert. Alle bisher geklonten Lebewesen ereilte dasselbe Schicksal der vorzeitigen Alterung. Damit ist eine Grenze der möglichen Therapieeinsätze gegeben. Das genetische Reprogrammieren einer Körperzelle erzeugt bei den WissenschaftlerInnen im Augenblick verzweifertes Kopfzerbrechen.

Die Gewinnung funktionstüchtiger primordiale (d.h. noch nicht ausdifferenzierter Zellen eines Embryos) Keimzellen aus Abortgewebe wird wegen der mit dem Absterben des Fötus verbundenen autolytischen Prozesse und dem variablen Abortverlauf technisch problematischer sein als die Isolation von embryonalen Stammzellen aus einer Blastozyste. Aus Nabelschnurblut und Plazenta können nach der Geburt auch Stammzellen gewonnen werden. Nabelschnur-Stammzellen sind weltweit rund zweitausendmal eingesetzt worden. Adulte Stammzellen werden durch Biopsie aus dem gewünschten Gewebe gewonnen. Die Häufigkeit von Stammzellen im entnommenen Gewebe ist sehr klein. Dies macht eine Vermehrung in Kulturen

notwendig. Auch macht die Unterscheidung von normalem Gewebe und Stammzellen Schwierigkeiten. Bis jetzt wurde noch kein molekularer Marker identifiziert, der dieses Problem löst. Adulte Stammzellen sind in ihrer Lebensdauer viel begrenzter als embryonale. Ihr Vorteil liegt darin, dass sie dem Patienten entnommen werden können. Dadurch gibt es später keine Abstoßungsreaktionen. Auch treten keine grundsätzlichen ethischen Einwände, wie bei der embryonalen Stammzellforschung, auf. Es bleibt die Hoffnung, dass adulte Stammzellen sehr viel mehr können als wir bisher von ihnen wissen. Dann könnte die Forschung ausschließlich mit adulten Stammzellen arbeiten und die Würde und Unverfügbarkeit des Embryos gewahrt bleiben.

- Legen Sie bitte die ethische Problematik der Stammzellforschung und des Klonens dar.

4. Die ethische Problematik des Schwangerschaftsabbruchs: der Konflikt zweier Leben

„Es ist äußerst wichtig, das Problem des Schwangerschaftsabbruchs objektiv und ehrlich zu stellen; das verlangt, dass man immer von einer Konfliktsituation sprechen muss, in der es um zwei Leben geht. Sich bei der Konfliktsituation aprioristisch für einen Schwangerschaftsabbruch oder für eine bio-psycho-soziale Gefährdung der betreffenden Frau zu entscheiden, ist daher ein ethisch unverantwortlicher Ausgangspunkt.“ Diese Gedanken schrieb Paul Sporcken 1977 (Sporcken, P. Die Sorge um den Kranken Menschen. Düsseldorf 1977. 137.) und sie führen uns auch heute noch den Grundkonflikt in der ethischen Entscheidungsfindung der Betroffenen vor Augen: Es geht um einen Konflikt zweier Leben. Und diese Problemstellung, sagt Sporcken weiter, wird verzerrt, wenn man das Problem des Schwangerschaftsabbruchs ausschließlich vom Lebensrecht des ungeborenen Kindes aus betrachtet. Aber die Problemstellung und die Antwort werden ebenfalls verzerrt, wenn man das Problem ausschließlich vom Recht der schwangeren Frau auf Leben, Gesundheit und Wohl aus betrachtet. Es ist notwendig, jede Einseitigkeit in der Problemstellung zu vermeiden. Diese muss die gesamte Schwangerschaftssituation berücksichtigen, in der es nicht nur um ernste menschliche Not, sondern zugleich um zwei Leben geht. Die Entscheidung, eines der beiden Leben zu opfern, ist nur in den Fällen verantwortlich, nachdem man die anderen Möglichkeiten zur Hilfeleistung untersucht und erprobt hat. Die Auffassungen über die rechte Hilfe bei einer unerwünschten Schwangerschaft prallen oft auch deshalb so heftig und hart aufeinander, da ihnen leidenschaftlich unterschiedliche Vorstellungen zur Schwangerschaft im Allgemeinen, Geschlechtlichkeit und Sexualethik, Empfängnisverhütung und den Normen zur Ehrfurcht vor dem Leben, wie sie in unserer Kultur gelten oder gelten sollen, zugrunde liegen.

4.1. Die rechtliche Situation

Albin Eser ist als Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg der hervorragende Fachmann auf dem Gebiet des Medizinrechtes im deutschen Sprachraum. Diese Kompetenz werden Sie in den folgenden Ausführungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland und Österreich selber feststellen können (Eser, A., Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989. 969 - 983):

In Deutschland wie in Österreich wird am grundsätzlichen Verbot des Schwangerschaftsabbruchs festgehalten. Die Grundkonzeptionen der gesetzlichen Regelungen unterscheiden sich jedoch in beiden Ländern erheblich. Während Österreich in Form eines kombinierten „Fristen-Indikations-Modells“ den ärztlich durchgeführten Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate völlig freistellt (§97 Abs. 1 Nr. 1 StGB) und erst danach eine bestimmte Indikation voraussetzt (§97 Abs. 1 Nr. 2, 3 StGB), wurde in Deutschland - erzwungen durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes - statt dessen ein „Indikationsmodell“ eingeführt (§ 218a StGB). Zudem bedarf es in Deutschland über das Vorliegen einer Indikation hinaus noch einer diesbezüglichen schriftlichen Feststellung durch einen anderen Arzt (§ 219 StGB) sowie die Schwangere sich einer ärztlichen und sozialen Beratung unterzogen haben muss (§218b StGB). Österreich begnügt sich hingegen mit einer vorherigen ärztlichen Beratung (§97 Abs. 1 Nr. 1 StGB).

Im bundesdeutschen wie österreichischen und schweizerischen Recht wird aber auch gesagt, dass Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, nicht als Schwangerschaftsabbruch gelten. Wie groß ist dieser Zeitraum? Von der Befruchtung bis zur Nidation braucht es eine Woche, von der letzten Menstruation bis zur Befruchtung vergehen in der Regel weniger als drei Wochen. D.h., dass das Einnehmen von nidationsverhindernden Mitteln oder das Einlegen von Intrauterinpressaren wie auch die Eventualausschabung sich vor dem Ende der 4. Woche seit Beginn der letzten Menstruation im straffreien Raum bewegen. Nach der Nidation ist jeder vorsätzlich zum Absterben der Leibesfrucht führende Eingriff grundsätzlich als Schwangerschaftsabbruch strafbar. Je nach Regelungsmodell - Fristenlösung oder Indikationenlösung - gibt es jetzt unterschiedlich weitgehende Straffreistellungen. Wichtigste Erlaubnisvoraussetzung - in Deutschland ab der Nidation, in Österreich erst nach den ersten drei Monaten seit Beginn der Schwangerschaft erforderlich - ist das Vorliegen einer bestimmten Indikation.

- Die medizinisch-soziale Indikation setzt eine Lebensgefahr oder eine - unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse zu beurteilende - Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren voraus und ist an keine Frist gebunden (§218a Abs. 1 Nr. 2 StGB).

- Die eugenische (auch als genetische, embryopathische oder kindliche bezeichnete) Indikation lässt einen Abbruch bis zur 22. Woche seit Empfängnis zu, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, wegen deren Schwere von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann (§218a Abs. 2 Nr. 1 StGB). Während einerseits die Schweiz eine solche Indikation überhaupt nicht kennt, lässt Österreich bereits die befürchtete Schädigung als solche genügen (§97 Abs. 1 Nr. 2 StGB), ohne letztlich - wie im deutschen Recht erforderlich - auch die Unzumutbarkeit für die Schwangere zu bedenken.

- Mit der kriminologischen (früher auch ethisch genannten) Indikation, soll der Schwangeren bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche ein Weg aus einer rechtswidrig aufgezwungenen Schwangerschaft eröffnet werden (§218a Abs. 2 Nr. 3).

- Die (häufig auch als „soziale“ bezeichnete) allgemeine Notlagen-Indikation erlaubt innerhalb von drei Monaten einen Schwangerschaftsabbruch, wenn er - aus anderen als den vorgenannten Gründen - angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer unzumutbar schwerwiegenden Notlage abzuwenden (§218a Abs. 2 Nr. 3 StGB). In der Praxis rangiert diese an letzter Stelle genannte Indikation an erster Stelle. Ohne bestimmte Faktoren zu nennen, kann dabei eine Indikation nahe liegen: a) bei persönlicher Überforderung der Schwangeren infolge von Konflikten mit bereits bestehender Verantwortung für andere anvertraute und besonders zuwendungsbedürftige Menschen oder infolge eigener reduzierter Leistungsfähigkeit durch Behinderung, Krankheit oder einer außergewöhnlich belastenden Lebenssituation; b) bei ernstlicher Gefährdung des gesamten Lebensplans infolge noch nicht abgeschlossener Berufsausbildung sowie bei außergewöhnlicher wirtschaftlicher Überlastung, die bei Austragung der Schwangerschaft zu einem unzumutbar schwerwiegenden „sozialen Abstieg“ führen würde.

In allen drei Ländern gilt im Wesentlichen ein Schwangerschaftsabbruch als gerechtfertigt, wenn über das Vorliegen einer der vorgenannten Indikationen die Einwilligung der Schwangeren (ein Problem bei Minderjährigen), die Ausführung des

Abbruchs durch einen Arzt und der Rettungswille zugunsten der Schwangeren sicher stehen. Dies ohne Rücksicht darauf, ob sich die Schwangere zuvor einer bestimmten Beratung unterzogen hat oder das Vorliegen einer Indikation formell hat bestätigen lassen.

Um in jeder Hinsicht erlaubt zu sein, müssen speziell in der Bundesrepublik Deutschland über die vorangehenden Rechtfertigungsvoraussetzungen noch folgende ergänzende Schutz- und Kontrollvorschriften befolgt werden: Eine ärztliche und soziale Beratung, die schriftliche Feststellung des Indikationsgrundes durch einen Arzt, der nicht mit dem abbrechenden Arzt identisch sein darf, der Abbruch darf nur in einem Krankenhaus oder einer dafür zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden und - worauf Österreich auch verzichtet - eine Meldung des Arztes an das Statistische Bundesamt über den von ihm nach §218a StGB durchgeführten Schwangerschaftsabbruch (ohne Namensnennung der Schwangeren).

4.2. Die Position des Kirchlichen Lehramtes zum Schwangerschaftsabbruch

Der Katechismus der Katholischen Kirche sagt in der Nummer 2272: Die formelle Mitwirkung an einer Abtreibung ist ein schweres Vergehen. Die Kirche ahndet dieses Vergehen gegen das menschliche Leben mit der Kirchenstrafe der Exkommunikation: „Wer eine Abtreibung vornimmt, zieht sich mit erfolgter Ausführung die Tatstrafe der Exkommunikation zu“ (CIC, can. 1398), „so dass sie von selbst durch Begehen der Straftat eintritt“ (CIC, can 1314), unter den im Recht vorgesehenen Bedingungen (vgl. CIC., cann. 1323 - 1324). Die Kirche will dadurch die Barmherzigkeit nicht einengen; sie zeigt aber mit Nachdruck die Schwere des begangenen Verbrechens und den nicht wieder gutzumachenden Schaden auf, der dem unschuldig getöteten Kind, seinen Eltern und der ganzen Gesellschaft angetan wird.

4.3. Moralth theologische Überlegungen

Die Katholische Kirche hat nie erklärt, dass ein Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Bedingungen erlaubt sei (vgl. Sporken, P. Die Sorge um den Kranken Menschen. Düsseldorf 1977. 139f). Die kirchlichen Strafgesetze hatten jedoch Geltung, weil und insoweit bei Schwangerschaftsabbruch von der absichtlichen Tötung menschlichen Lebens die Rede war. Wenn man nun die Geschichte dieser Strafgesetze näher studiert, zeigt sich, dass die Katholische Kirche wiederholt ihren Standpunkt geändert hat. Das Konzil von Ankyra im Jahr 314 verbietet Abtreibung in jedem Stadium der Schwangerschaft und setzt kirchliche Strafen fest für alle, die sich der Abtreibung schuldig machen. Viele Väter der Ostkirche und der abendländischen Kirche waren der Meinung, dass nicht schon von Beginn der Schwangerschaft an menschliches Leben vorhanden sei. Der Beginn des menschlichen Lebens und damit seine Heiligkeit wurde in der christlichen Tradition wesentlich mit der Überzeugung von der Beseeltheit des Menschen in Zusammenhang gestellt. Daher muss die kirchliche Strafrechtsentwicklung auch zusammen mit den Beseelungstheorien gesehen werden.

4.4. Beseelungstheorien und Strafrechtsentwicklung

Günter Jerouschek schreibt im Lexikon Medizin-Ethik-Recht. Freiburg 1989. 688-690:

Die in der christlichen Tradition wurzelnde Vorstellung von der „Heiligkeit des Lebens“ beeinflusste den Gleichklang von Lebensbeginn und Lebensschutz maßgeblich. Diese Heiligkeit wiederum verdankte sich wesentlich der Überzeugung von der Beseeltheit des Menschen. Seit der Antike bestimmte man Leben mit Hilfe der Selbstbewegung, weshalb die philosophische Tradition Leben als das Beseelte ansah. Die Seele ist das Prinzip des Lebens (Platon, Phaidon).

Bereits im frühen Christentum wurde die dogmatisch wie juristisch kardinale Frage der Beseelung kontrovers beurteilt: Der Präexistenzianismus betrachtete die Seele als schon vorhanden, der Traduzianismus sah die Seele im Samen veranlagt, der Generatianismus meinte, sie entstünde kraft des elterlichen Zeugungsaktes. Der Kreatianismus glaubt die Seele von Gott geschaffen.

Auch die Frage nach dem Zeitpunkt der Beseelung wurde unterschiedlich beantwortet. Zunächst war die aristotelische Beseelungslehre, derzufolge der Fötus im Laufe der Embryonalentwicklung unterschiedliche Beseelungsstadien durchlief, anerkannt: Das der vegetativ-pflanzlichen Beseelung, dann das der animalisch-sensitiven, bevor eine von außen vermittelte Vernunftseele die Menschwerdung vollendete. Es handelt sich um die Vorstellung der Sukzessivbeseelung. Der Zeitpunkt der Beseelung wurde beim männlichen Fötus früher als beim weiblichen Fötus angesetzt. Für Aristoteles setzte der fetale Lebensschutz bereits mit Erlangung der animalisch-sensitiven Seele ein. Die organ-morphologische Ausbildung des Fötus sollte mit diesem Modell kongruieren.

Vor diesem Hintergrund hatte bereits die im 3. Jahrhundert v. Chr. für die Juden Alexandriens angefertigte Bibelübersetzung, die so genannte Septuaginta, das mosaische Recht, das einen fötalen Lebensschutz nicht kannte, dahingehend modifiziert, dass von dem Zeitpunkt an, da der Fötus als phänotypisch menschlich gestaltet erschien, eine Abtreibung als Totschlag zu ahnden war. Mit dieser Version des mosaischen Rechts sollte sich in der Folge der Kreatianismus zusammen mit einem Diachronismus - d.h. Beseelung nicht wie bei der Simultanbeseelung mit dem Akt der Empfängnis sondern erst in der Zeit danach - durchsetzen.

Als Beseelungstermine wurden seit dem Hochmittelalter für den männlichen Fötus 40, für den weiblichen Fötus 80 Tage angenommen, in zahlenmystischer Analogie zu den mosaischen Reinigungsvorschriften, die einer Frau nach der Geburt eines Knaben 40, eines Mädchens 80 Tage der Reinigung auferlegten.

Das Dictionnaire de Droit Canonique. Paris 1935. 1537 präzisiert, dass andere Vorstellungen von einer Beseelung nach 30 bzw. 60 Tagen ausgingen. Über die Kanonischen Strafen für den Schwangerschaftsabbruch berichtet das Dictionnaire de Théologie Catholique. Paris 1903. 2650-2651: Seit den ersten Jahrhunderten wird in kirchlichen Gesetzen der Schwangerschaftsabbruch einer Tötung gleichgesetzt und streng - Exkommunikation, Gefängnis und sogar mit dem Tod - bestraft. 1588 verurteilt Papst Sixtus V. die Abtreibung eines „beseelten wie unbeseelten Fötus“ als schweres Verbrechen (crimen) mit Exkommunikation latae sententiae, die nur vom Heiligen Stuhl aufgehoben werden kann. Gregor XIV. erlaubte 1591 wiederum, dass ein vom Bischof ernannter Priester die Lossprechung geben könnte. Dazu führte er wiederum die Unterscheidung von „beseeltem“ und „unbeseeltem“ Fötus ein. Dadurch wurde die „indirekte Abtreibung“ des unbeseelten Fötus, d.h. der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Mutter, so wie diese vor dem Dekret Sixtus V. gehandhabt wurde, wiederum möglich.

Das Dictionnaire de Droit Canonique. Paris 1935. 1538 -1546 widerspricht dieser Darstellung nicht und berichtet seinerseits: Die Theologen des Mittelalters sprachen aber sehr wenig über die Abtreibung. 1679 setzt Innozenz XI. das Gesetz Sixtus V.

wieder in Kraft, und dieser Standpunkt wird vom kirchlichen Gesetzbuch aus dem Jahr 1917 in Kanon 2350, §1, beibehalten. Die Vorstellungen eines „unbeseelten Fötus“ bzw. eines „beseelten Fötus“ waren dann aber vom 17. bis ins 19. Jahrhundert Grundlage für moraltheologische Überlegungen der Begrenzung des Abtreibungsverbot als Verbrechen (crimen).

Der Moraltheologe Sanchez vertrat z.B. im 17. Jahrhundert die Auffassung, dass der unbeseelte Fötus, wenn er für das Leben der Mutter eine Gefahr darstelle, als „ungerechter Aggressor“ abgetrieben werden dürfe. Auch vertrat Sanchez unter bestimmten Bedingungen die Erlaubtheit der „indirekten Abtreibung“ unbeseelter Föten. De Lugo, ein Zeitgenosse von Sanchez, bestritt diese Theorie von Sanchez und dem „ungerechten Aggressor“. Beide sind einig in der Ablehnung der Abtreibung eines „beseelten Fötus“ als Verbrechen.

In den letzten 15 Jahren des 19. Jahrhunderts veröffentlichte Rom mehr Texte zur Abtreibung als in den 15 Jahrhunderten davor zusammen. Der Grund hierfür lag einerseits im Fortschritt der Medizin, der die Gefahren einer Abtreibung vermindern half. Andererseits reagierte Rom auf die Tendenz von Theologen, die Indikation zu einer „indirekten Abtreibung“, d.h. einer Abtreibung mit Mitteln, die nicht sicher zur Abtreibung führen bzw. medizinischen Handlungen, die nicht die Abtreibung sondern den Schutz des Lebens der Mutter intendieren, sehr weit zu fassen.

Das kirchliche Lehramt lässt jedoch die Möglichkeit offen, dass in bestimmten Fällen der Abbruch des ungeborenen Lebens kein Mord ist. So wird heute nicht ausdrücklich abgelehnt, dass ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt sein könne, wenn er vorgenommen wird, um das Leben der Mutter zu retten. Auch bei einem operativen Eingriff zur Entfernung von Gebärmutter und Fötus, wenn bei einer frühen Schwangerschaft ein Gebärmutterhalskrebs festgestellt wird, ist faktisch ein Abbruch des ungeborenen Lebens. Man kann dies als ethisch vertretbar ansehen und von einer „Handlung mit doppelter Wirkung“ und einer „indirekten Tötung des Fötus“ sprechen.

4.5. Zusammenfassung zum Status des Embryos in den letzten 200 Jahren²²

Mit der Entdeckung der Befruchtung der Eizelle durch die Spermienzelle im 19. Jh. wurde die Eizelle als Möglichkeitsbedingung für neues Leben erkannt. Die Frau war nicht mehr bloß als Aufzüchterin des menschlichen Homunculus, den sie im männlichen Samen entgegennimmt, zu sehen.

Mitte/Ende des 19.Jh.s waren die Abtreibungstechniken so weit gediehen, dass die Abtreibungszahlen dramatisch stiegen.

1869 erklärte Pius IX. in der Bulle Apostolicae Sedis die Unterscheidung zwischen „beseeltem“ und „unbeseeltem“ Fötus als obsolet. Sie wurde aus dem Kirchenrecht gestrichen und jede Abtreibung eines Fötus – d.h. die Abtreibung zu jeder Zeit eines Embryos - wurde forthin mit Exkommunikation belegt. Zum Zeitpunkt der Befruchtung wurde dem Embryo ein menschlicher Status zuerkannt.

Daraufhin hielt das Lehramt fest, dass der Embryo „wie eine Person“ behandelt werden müsse. Es lehrte noch nicht, dass vom Augenblick der Befruchtung an eine

²² Poole, Joyce, Ethical problems arising from new reproductive techniques, in: Christian Ethics. An Introduction. Hosse, Bernhard (Hg.) Cassell 1999, 290-303.

menschliche Person vorhanden wäre. Das geschah später. Die Glaubenskongregation hält in ihrer Erklärung über die Abtreibung 1974 (§ 1471) fest, dass das, was ein menschliches Wesen werden wird, tatsächlich schon eines ist. Auch in Donum vitae (§13) von 1987 heißt es, dass es genug wissenschaftliche Hinweise gebe, dass zum Augenblick der Befruchtung bereits eine Person gegenwärtig ist. Dies wurde 1993 in Veritatis splendor und 1995 in Evangelium vitae bekräftigt.

4.6. Zwei unversöhnliche Standpunkte und Fragen an beide:

Es gibt also die zwei starren Positionen, fasst Hugh LaFollette zusammen: Pro-Life (Pro-Leben) und Pro-Choice (Pro-Wahlentscheidung).

Beide Seiten vergessen etwas, bzw. vereinfachen. Ist der Embryo ein menschliches Wesen, dann ist das eine biologische Aussage, die den moralischen Status des Embryos nicht diskutiert. Und die Seite, die der Frau das Recht zugesteht zu entscheiden, was mit ihr geschieht, übersieht den moralischen Status des Embryos.

Mensch oder nicht Mensch ist nicht die Unterscheidung, die weiterhilft. Es gilt zu sehen, ob der Embryo eine Person ist und was dies bedeutet. Oder ist dies auch kein Weg für eine Lösung? Was ist falsch, erwachsene Menschen umzubringen? Gilt dasselbe dann für Embryos? Bring ich Erwachsene um, dann nehme ich ihnen eine wertvolle Zukunft weg. Embryos haben eine Zukunft wie wir. Also haben sie auch einen moralischen Status wie wir und ein Recht auf Leben.

Auch für die ethische Behandlung der Tiere und der Umwelt ist es wichtig, deren moralischen Status klarzustellen. Es gibt Tiere, die eine ähnliche Zukunft haben wie wir. Dasselbe gilt dann auch für deren moralischen Status.

Oder ist der moralische Status dem Grad der Verpflichtung unterzuordnen, den die Mutter für den Embryo hat. Wir sind moralisch gegenüber anderen nur dann verpflichtet, wenn wir ausdrücklich der Hilfe für den anderen zustimmen. Sonst nicht. Dasselbe gilt für Frauen, die die Schwangerschaft nicht austragen möchten.

Da erhebt sich die allgemeine Frage: Unter welchen Umständen sind wir verpflichtet, anderen – wie viel – zu helfen?

Können eigene Krankheiten meine Verpflichtungen mindern? Kann Unwissen meine Verpflichtungen beschränken? Wie können wir Handlungen, die unmoralisch sind, aber nicht kriminalisiert werden sollen, von unmoralischen Handlungen, die kriminalisiert werden sollen und müssen, unterscheiden?

Als das Magazin „Life“ in den frühen 60er Jahren Bilder eines Fetus in Utero publizierten, ging die Debatte um den Status des Fetus los. Die Bilder zeigten nur den Embryo. Er ist quasi unabhängig von der Mutter, wird suggeriert, eine total eigene Einheit. Die Mutter wurde nicht gezeigt. Sie wird wie ein Container für den Fetus behandelt, nicht als seine Schöpferin.

Diese Fragen von Hugh LaFollette müssen beantwortet werden. Wenn wir unseren eigenen Standpunkt als Christin und Christ gefunden haben, können wir uns in der Diskussion mit zwei weiteren Stimmen zur Abtreibung auseinandersetzen.

4.6.1. Eine Verteidigung der Abtreibung²³

Dass ich keine Linie in der Embryonal- und Fetalentwicklung ziehen kann, ab der unbezweifelbar eine menschliche Person vorliegt, berechtigt noch nicht zu dem Schluss, dass die Person von Beginn der Befruchtung an vorliegt. Wir sagen ja auch nicht, dass die Eichel schon eine Eiche ist.

Lassen wir aber für einen Augenblick gelten, dass der Embryo von der Befruchtung an eine menschliche Person ist. Und sehen wir, wie von dieser Überzeugung die Argumente zur Unerlaubtheit der Abtreibung verlaufen.

Die menschliche Person, d.h. der Embryo, hat dann ein Lebensrecht. Und dieses steht vorrangig vor dem Recht der Mutter zu entscheiden, ob sie ein Kind will oder nicht.

Einer schwangeren Frau soll derselbe moralische Status zugesprochen werden wie dem Kind, d.h. sie soll ein Recht auf Leben haben und das Recht, dieses zu verteidigen. Sie kann nicht als moralische Person dazu verurteilt werden, nichts zu tun, um ihr Leben zu schützen, zu retten.

Ein Recht kommt immer von einer Person, von Personen, die frei dieses Recht verantwortlich zugesprochen haben. Oder?

Es gibt kein allgemeingültiges Ja oder Nein zur Abtreibung. In einigen Fällen ist Abtreibung aber zulässig.

4.6.2. Der moralische und legale Status der Abtreibung²⁴

Arme Frauen, minderjährige, behinderte oder anderweitig verletzte Frauen leiden am meisten, wenn die Abtreibung illegal und in gesundheitlich unsicherer Weise getätigt werden muss.

Hunderttausende Frauen sterben jährlich an den Folgen einer Abtreibung.

Hat der Fetus dasselbe Recht auf Leben wie jedes andere menschliche Wesen?

Der Fetus gehört nicht zur selben moralischen Gemeinschaft wie die anderen menschlichen Wesen. Hat er nicht dieselben vollen moralischen Rechte wie Erwachsene?

Da der Fetus keine Person ist, macht es keinen Sinn, ihm derartige Persönlichkeitsrechte und moralische Rechte zu geben, mit denen er die moralischen Rechte der Frau auf Freiheit, körperliche Integrität und manchmal sogar Leben übervorteilen könnte. Ein Fetus mit vollen Persönlichkeitsrechten würde – anders als ein geborenes Kind – die Persönlichkeitsrechte der Mutter sehr beschränken. Auch haben bloß potentielle Personen noch kein Recht auf aktuelle moralische Rechte. Zumindest nicht in der Form, dass sie stärker wären als die moralischen Rechte der Mutter.

Judith Thomson hat argumentiert, dass niemand die Verpflichtung hat, ein anderes menschliches Wesen am Leben zu halten, wenn dies große persönliche Beschränkungen beinhaltet, außer, wenn jemand gegenüber einem bestimmten Individuum besondere Verpflichtungen eingegangen ist. Die Autorin lässt dieses Argument für die Abtreibung im Falle von Vergewaltigung gelten.

²³ Thomson, Judith, Jarvis, A Defense of Abortion, in Philosophy & Public Affairs (1) 1971.

²⁴ Warren, Mary Anne, On the Moral and Legal Status of Abortion, in: Ethics in Practice, 79-90.

Was ist aber bei ungewollten bzw. unbeabsichtigten Schwangerschaften? Sei es, weil von den Eheleuten keine Kontrazeptiva benutzt wurden bzw. diese nicht funktionierten.

Wie definieren wir die moralische Gemeinschaft, die volle und gleiche moralische Rechte besitzt? Welches Sein hat ein unveräußerbares Lebensrecht, Freiheitsrechte und das Recht, nach dem persönlichen Glück zu streben?

Ist die genetische Menschlichkeit genug, um auch die moralische behaupten zu können?

Moralische Personen sind Judith Thomson zufolge solche, die sich moralische Rechte geben und diese auch respektieren können.

Thomson gibt 6 Kriterien für das Vorhandensein von Person an:

1. Empfindung: Die Fähigkeit zum bewussten Erleben, auch von Schmerz und Lust.
2. Emotionalität: Die Fähigkeit, sich glücklich, traurig, wütend, liebend etc. zu fühlen.
3. Vernunft: Die Fähigkeit, neue und relativ komplexe Probleme zu lösen.
4. Kommunikationsfähigkeit: Botschaften einer großen Themenvielfalt zu vermitteln.
5. Selbstbewusstsein: Einen Begriff von sich selbst zu haben, und zwar als Individuum wie als Mitglied einer sozialen Gruppe.
6. Moralische Handlungsfähigkeit: Die Fähigkeit, seine Handlungen mit moralischen Prinzipien und Idealen zu regulieren.

Nun sind nicht alle diese Punkte notwendig, damit es sich um eine Person handelt. In Star Trek gibt es Personen (Mr. Spock und Data), die nicht fühlen können und trotzdem Personen sind. Jemand, auf den diese 6 Kriterien nicht zutreffen, ist keine Person. Auf einen Embryo trifft noch keiner dieser 6 Punkte zu. Daher ist er nicht als Mitglied der moralischen Gemeinschaft zu betrachten.

Auf der anderen Seite erfüllen manche Tiere einige der 6 Kriterien. Selbstverständlich sind ihnen deshalb eher starke moralische Rechte zuzusprechen. Ein Tier wird aber niemals ein Mensch werden. Ein Embryo hingegen schon. Gibt ihm also diese Potentialität nicht das Recht auf Leben? Sicherlich. Diese ist aber nicht so stark wie das Recht der Mutter, sein Leben zu beenden bzw. beenden zu lassen.

Ein neun Monate alter Fetus ist einem Neugeborenen sehr ähnlich. Darf ich unter bestimmten Umständen einen Fetus töten, kann ich also auch ein Neugeborenes umbringen. Neugeborene sind genauso wenig volle Personen wie Feten, aber es ist sehr schwer, das Töten von Neugeborenen zu rechtfertigen. Es gibt so viele Menschen, die ein Kind adoptieren wollen. Das Argument, dass die Mutter es nicht aufziehen kann, zieht nicht. Und sie sind Personen schon sehr ähnlich.

4.6.3. Ein Argument dafür, dass Abtreibung falsch ist²⁵

Marquis argumentiert dafür, dass Abtreibung, mit Ausnahme weniger Fälle, ein schweres moralisches Übel ist.

²⁵ Marquis, Don, An Argument that Abortion is Wrong, in: Ethics in Practice, 91-102.

Marquis zufolge haben Feten das Recht zu leben und dieses Recht sei stärker als das Selbstbestimmungsrecht der Mutter.

Das Falsche am Töten ist die Tatsache, dass es uns unsere Lebenschancen nimmt. Der vorzeitige Tod nimmt uns den Wert gelebter Zukunft. Gleiches gilt, wenn jemand getötet wird, der eine Zukunft wie die unsrige erwartet. Das ist die „future like ours“-Theorie (FLO).

4.6.4. Eine Neudefinition der Abtreibung²⁶

Wenn Schwangerschaft eine Partnerschaft ist, was ist dann Abtreibung? Das Verhindern einer Beziehung, so ähnlich wie Kontrazeption? Oder das Abbrechen einer Beziehung?

Im 19. Jh. entwickelten sich zwei Arten von Abtreibungen. Diejenigen, die die Ärzte tätigten und die moralisch in Ordnung waren, da medizinisch gerechtfertigt und die moralisch verwerflichen, die die Ärzte nicht indizierten. Es war wiederum der Mann, der Arzt, der die Kontrolle über den Körper der Frau in die Hand nahm.

Darüber hinaus wurde die Abtreibung in die unpersönliche „Klinik“ verlagert. Dort treibt dann kein Arzt ab, sondern die „Klinik“. Das ist nicht die medizinische Versorgung mit Einfühlungsvermögen, die sich die Frauenbewegung gewünscht hat. In den USA ist die Abtreibung seit 1973 legal.

4.7. Die Ethik des Lebensbeginnes in anderen Religionen

„Ganz im Gegensatz zur Auffassung der Katholischen Kirche besitzt der Embryo nach jüdischem Gesetz nicht bereits ab dem Zeitpunkt der Befruchtung volle menschliche Rechte: Bis zur Geburt wird der Embryo bzw. Fötus nämlich als Teil der Mutter und nicht als eigenständige Person angesehen“, schreibt Yves Nordmann.²⁷

Im Talmud finden sich mehrere Stellen, in denen der Embryo bis zum vierzigsten Tag nach der Befruchtung als „bloßes Wasser“ bezeichnet wird (Jevamot, 69b; Nidda, 30b; Keriot, 1:3) und „die Möglichkeit einer späteren Geburt nicht in die Betrachtung miteingeschlossen werden muss (Nidda, 3:7). Nach Ablauf dieser vierzig Tage hat die Bildung des Embryos stattgefunden. Kommt es ab diesem Zeitpunkt zu einem Abort, so müssen Gesetze der rituellen Unreinheit beachtet werden, die sich von denen, welche bei normaler Menstruation gefordert sind, unterscheiden. Im Weiteren ist die Frau, die ab dem vierzigsten Tag nach der Befruchtung ihre Leibesfrucht verliert, verpflichtet, genau die gleichen Opfer darzubringen, wie wenn sie ein lebendes Kind geboren hätte. Dies impliziert, dass der Embryo ab dem vierzigsten Tag nach der Befruchtung einen gewissen Status besitzt. Dieser kann vielleicht mit „potentieller Person“ umschrieben werden.²⁸ Halachisch wird das ungeborene Leben als Teil der Mutter und nicht als eigenständige Person (nefesch) angesehen. Dies wird aus der Tora abgeleitet (Exodus 21, 22f.).

Auch ein neugeborenes Kind gilt halachisch solange noch nicht als vollständig lebensfähig, bis es die ersten dreißig Tage nach der Geburt überlebt hat. Dann erst erhält es seine halachischen Rechte als Person (Maimonides).²⁹

²⁶ Katz, Rothman, Barbara, Redefining Abortion, in: Ethics in Practice. 103-112.

²⁷ Nordmann, Yves, Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik. Bern 2000, 40ff.

²⁸ Ebd. 41.

²⁹ Ebd. 45.

Dieses menschliche Leben besitzt im jüdischen Glauben Heiligkeit sowie absoluten, unantastbaren und unendlichen Wert. Einer der grundlegendsten Aspekte der jüdischen Glaubenswelt überhaupt besteht darin, dass der Mensch im Ebenbilde G'ttes erschaffen wurde, wie es in der Tora heißt (Gen 1,27). Die Heiligkeit, die der Mensch dadurch besitzt, wird durch einen weiteren Vers aufgewertet (Gen 2,7). Die Sohar (das Buch des Glanzes, ist das Hauptwerk der jüdischen Mystik) erklärt diesen Vers dahingehend, dass G'tt einen Teil seiner selbst in den Menschen eingehaucht habe, womit die Seele des Menschen als göttliches Prinzip zu betrachten sei. In einem jeden menschlichen Leben wirkt somit etwas G'ttliches; das Leben wird zur wertvollsten Gabe G'ttes an den Menschen, dessen Aufgabe darin besteht, nach Heiligkeit zu streben, wie geschrieben steht (Lev 19.2).³⁰ Mit der Ausnahme von Götzendienst, Unzucht und Mord – nicht aber um Notwehr gegen einen potentiellen Mörder – erlaubt die halacha, dass praktisch alle Ge- und Verbote der Tora beiseite geschoben werden dürfen, wenn es darum geht, menschliches Leben zu retten (pikuach nefesch). Dies wird aus Levitikus 18,5 abgeleitet. In den Sprüchen der Väter (Pirke Avoth) sagt Rabbi Jaakov: „...Eine Stunde der Besserung und der guten Handlungen auf dieser Welt wiegt mehr als ein ganzes Leben in der zukünftigen Welt“.³¹ Aus diesen Ausführungen ist klar, dass aus jüdischer Sicht jegliche Form von aktiver Sterbehilfe halachisch absolut verboten ist. Jemand, der aktive Sterbehilfe leistet, gilt als Mörder. Was die passive Sterbehilfe betrifft, so vertreten zahlreiche Autoritäten die Meinung, dass in bestimmten Fällen das Entfernen eines Faktors, welcher den Todeseintritt verzögert, bei einem unheilbar schwerstkranken Menschen, der am Sterben ist („goses“), erlaubt sein kann. Auf alle Fälle sollten Beurteilungen immer fallbezogen vorgenommen werden. Dabei sollte die Situation mit der Familie, kompetenten Ärzten und einer in diesen Sachfragen angesehenen rabbinischen Autorität diskutiert werden.³² Dasselbe gilt auch für Organtransplantationen, deren Zulässigkeit im Judentum grundsätzlich anerkannt wird. Verschiedene Autoritäten bezeichnen eine Organspende als „Akt der Nächstenliebe auf höchstem Niveau“. Bei Lebendspenden muss die potentielle Gefahr, die für den Spender besteht, in die Überlegungen miteinbezogen werden. „Leichenspenden“ von „Hirntoten“ sind äußerst umstritten, da immer noch Differenzen in der Haltung der verschiedenen rabbinischen Autoritäten bestehen, was die Definition des Todes aus jüdischer Sicht anbelangt.³³

Aus klassisch-halachischer Sicht ist der Tod eines Menschen dann eingetreten, wenn folgende drei Symptome vorliegen:

1. Er ist bewegungslos.
2. Er zeigt keine Pulsationen.
3. Er zeigt keine Atmungstätigkeit.

Die Mehrzahl der zeitgenössischen jüdischen Autoritäten betrachtet einen „Hirntoten“ als einen Sterbenden und nicht als einen Toten. Dies obwohl einige orthodoxe Rabbiner die Meinung vertreten, dass der Hirnstammtod aus halachischer Sicht akzeptabel ist und trotz der Tatsache, dass das israelische Oberrabbinat Herztransplantationen unter strikten Bedingungen in gewissen Fällen erlaubt hat.³⁴

„Aus islamischer Sicht beginnt das Leben unmittelbar nach der Eibefruchtung. Die Menschwerdung vollendet sich im Laufe des vierten Schwangerschaftsmonats. In

³⁰ Ebd. 32.

³¹ Ebd. 35.

³² Ebd. 60.

³³ Ebd. 70f.

³⁴ Ebd. 116.

Gottes Schöpfungsplan ist der Embryo der erste Schritt in Richtung Menschwerdung. Daher ist das Töten der Embryonen, etwa zu Forschungszwecken, nicht erlaubt. Der Vorschlag, Embryonen zur Adoption freizugeben, ist aus islamischer Sicht nicht akzeptabel, denn dies führt zu unklaren Verwandtschaftsverhältnissen. Daraus ergibt sich eine Situation, in der das islamische Gesetz nicht mehr vollzogen werden kann (Eherecht, Erbrecht etc.). Bei der In-vitro-Fertilisation wird die Eizelle außerhalb der Gebärmutter befruchtet und später in die Gebärmutter eingesetzt. Dieses ist im Islam erlaubt, wenn die Eizelle und die Samen von verheirateten Partnern stammen und der Embryo in die Gebärmutter der Frau, von der die Eizelle stammt, eingesetzt wird. Die Präimplantationsdiagnostik ist dagegen aus islamischer Sicht absolut verboten, da sie eine Selektion der Menschen in sich beinhaltet. Ein kranker Mensch hat auch das Recht auf Leben und kann Großartiges für die Menschheit leisten“ (Dr. med. Mahmoud Abou-Roumie. Die Furche. 15. November 2001).

Im Buddhismus gibt es keine Instanz, die eine verbindliche Lehrmeinung festlegen könnte. Die traditionelle buddhistische Auffassung ist: Das Leben eines Individuums beginnt mit dem Eintritt des geistigen Lebensträgers in den Mutterschoß bei der Empfängnis.

Auch im Hinduismus lassen sich keine klaren bioethischen Aussagen finden. Grundsätzlich jedoch sei verantwortliches Handeln gegenüber der Gesamtheit des Lebendigen gefordert, da dieses den gegenwärtigen und zukünftigen Lebensraum aller inkarnierten Seelen bietet. Welten entstehen und vergehen, sie werden erschaffen in Reinheit und degenerieren. Diese Degeneration aufzuhalten ist die Aufgabe der Ethik. Wenn die Genmanipulation die Physis positiv beeinflussen könnte, dann wäre das auch ein Beitrag, die Degeneration aufzuhalten und damit legitim (Nach Lambert Schmithausen im Lexikon für Bioethik: Gütersloh 2000).

- Legen Sie bitte die rechtliche Seite des Schwangerschaftsabbruches in Deutschland und Österreich dar und nehmen Sie anhand des kirchlichen Lehramtes dazu als MoraltheologIn Stellung.

5. Die Ethik am Ende des Lebens

5.1. Die Ethik der Sterbebegleitung

Auch in einer bloßen Vorlesung über die ethischen Probleme, die am Ende des Lebens auftreten, ist der Hinweis wichtig: Eine gute Bewältigung des Themas der Sterbebegleitung gelingt nur durch die Beschäftigung mit den eigenen Erfahrungen mit Leben und Sterben. Mit anderen Worten: Es ist wichtig, sich als gesunder und junger Mensch auch mit dem eigenen Sterben und Tod auseinander zu setzen zu beginnen. Ich sage „zu beginnen“, denn ein bewusstes Annähern an das eigene Sterben und den eigenen Tod ist ein langer Prozess. Wie kann ich mich jetzt schon mit meinem Tod auseinandersetzen? Eine schwierige Frage in einer Kultur, die nichts so gut verdrängt hat wie Krankheit, Leid und Tod.

Da der Umgang mit dem Sterben ein sehr persönlicher ist, möchte ich Ihnen daher nun sagen, was mir wichtig ist, wenn ich Sterbende begleite. Und ich möchte Ihnen von einigen persönlichen Erfahrungen mit Sterbenden bzw. vom Umgang mit der eigenen Angst vor dem Sterben erzählen.³⁵

Was ist mir wichtig, wenn ich Sterbende begleite:

1. Es ist mir wichtig, dass ich Sterbende im Rahmen meiner Kräfte nicht alleine lasse. D.h. zunächst für mich als Krankenhauseelsorger, dass ich mich erkundige, ob die Angehörigen und Verwandten verständigt sind. Sind die Angehörigen dann am Sterbebett, kann ich deren Schwierigkeiten sehen und ihnen eventuell bei der Begleitung ihrer sterbenden Väter, Mütter, Brüder, Schwestern, Kinder, Partner und Freunde helfen. Dass ich mich wirklich um Sterbende kümmere und bei ihnen bleibe und nicht davonlaufe ist wichtig, aber ich ersetze nicht die Angehörigen. Ist niemand da, ist es meine Aufgabe, den Sterbenden in seinem Sterben zu begleiten, ihm meine Anteilnahme, Empathie (Mitgefühl) und meinen Trost zu geben. Dabei ist es meine Aufgabe, nicht aus lauter Mitleid mich selber zu verlieren, sondern ein Gleichgewicht zwischen Empathie und Selbststand zu wahren.
2. Wenn der Sterbende meine Begleitung nicht will, gehe ich. Es gibt Sterbende, die wollen allein sein; das habe ich zu respektieren. Es gibt Menschen, die sterben in einer Art Betäubung und Lähmung, die bekommen ihren eigenen Tod nicht mit. Diese kann ich schlecht begleiten. Es gibt Menschen, die sterben in Auflehnung und unversöhnt mit sich und der Welt, es gibt Menschen, die sterben apathisch, teilnahmslos und es gibt Menschen, die sterben versöhnt.
3. Wenn ich einen Menschen in Agonie vor mir sehe, dann nehme ich seine Hand und halte sie fest, ich zeige ihm, dass er nicht allein ist, er spürt, dass ich da bin.
4. Es geht darum, auf den Sterbenden einzugehen, auf seine Anliegen und nicht darum, ihm mein Weltbild, meinen Glauben einzureden. Was mein Sterben betrifft, werde ich noch genug Gelegenheit bekommen zu sehen, ob sich mein Glaube bewährt oder nicht.

³⁵ Noch immer ein wichtiges Buch für die Krankenhauseelsorge ist in diesem Zusammenhang: Mayer-Scheu, Josef, Kautzky, Rudolf (Hg.), Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus. Göttingen 1980.

Was ist mir wichtig: dass die Sterbenden nicht alleine sind; dass ich respektiere, wenn sie alleine bleiben wollen und dass ich für sie da bin und nicht sie für mich.

Nun zu einigen persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden:

Ich wurde als Priester zu einem sterbenden alten Mann gerufen. Dessen Sohn und Schwiegertochter, sie war selbst behandelnde Krankenschwester, waren anwesend. Sohn und Schwiegertochter saßen bzw. standen weit neben dem Bett. Der alte Mann zitterte verkrampft an Händen und Beinen. Ich hab ihn gefragt, was so furchtbar sei. Er antwortete: „Das Sterben.“ Ich fragte ihn, was ihn so quälen würde. Er sagte, er hätte Angst vor Gott. Gott wäre gerecht, Gott richtet und straft ihn. Ich habe ihm darauf gesagt, Gott hat ihm alles verziehen, was er Schlechtes getan hat, Gott ist ein Gott des Erbarmens und er braucht sich vor ihm nicht zu fürchten, er geht nicht verloren, Gott wird ihn in seine Hände aufnehmen. "Glauben sie das wirklich?", hat mich der alte Mann nun gefragt. Ich habe geantwortet: „Ja, das ist meine feste Überzeugung, das glaub ich“. "Jetzt ist es leichter", hat er dann gesagt. Und er ist nach einiger Zeit friedlich gestorben.

Sie sehen, es ist wichtig, dass wir als Christinnen und Christen unseren Mitmenschen bis zum Lebensende die Frohe Botschaft bringen. Viele alte Menschen werden noch immer von den quälenden Vorstellungen eines streng richtenden Strafgottes geplagt.

Die Vorstellung vom "strafenden Gott" plagt auch Menschen anderer Religionen, die mitten unter uns leben. Eine türkische Krankenschwester muslimischen Glaubens hat mich einmal gefragt: "Warum gibt es Menschen, die sich im Tod fürchten und solche, die sich nicht fürchten?" und antwortete selbst: "Meine Mutter hat mir als Mädchen gesagt, dass im Sterben ein Engel mit einem geknüpften Handteppich vor den Augen erscheint. Zeigt er dem Sterbenden die dunkle Teppichseite, kommt er in die Hölle und er fürchtet sich, sieht er die helle, weiß er glücklich, dass er in den Himmel kommt.“ Eine theologische Bemerkung zum „Jüngsten Gericht“: Der katholische Glaube sieht das "Letzte oder Jüngste Gericht" im Zusammenhang mit der Vollendung der Welt und der Geschichte als Ganzes; das besondere Gericht des Einzelnen, das dem Tod folgt, wird vom Konzil von Florenz (1439; 17. Ökumenisches Konzil) gelehrt; d.h. dass zur Vollendung der Welt auch die Vollendung des einzelnen Menschen gehört. Gericht als Vollendung der im Leben getätigten Liebe in der Nachfolge Jesu verstanden, verliert seinen Schrecken und wird Ausdruck unserer Hoffnung auf diese Vollendung hin.

Eine weitere Vorstellung, die mir am Kranken- und Sterbebett oft begegnete, sagt: „Ich bin schuldig geworden und deshalb kommen Schmerz, Krankheit und Tod jetzt auf mich“. Ich habe keine Lösung für das Problem, warum es Leid gibt auf der Welt. Dennoch ist es meine Aufgabe, die Frohe Botschaft zu verkünden. Wenn wir unseren Glauben zu Hilfe holen und von der Erbsünde sprechen, um irgendwie mit der Frage des Leides fertig zu werden, so gilt auch hier: Die Erbsünde darf nicht mit einer wirklichen (d.h. persönlichen, frei beschlossenen) Sünde verwechselt werden. Die Unheilssituation, die die Menschheit betrifft, darf nicht als persönliche Sünde des Einzelnen verstanden werden (DS 456; NR 325); Erbsünde bezeichnet die negative Qualität menschlicher Daseinserfahrung, dass es nämlich Krankheit, Leid, Tod und Sünde überhaupt gibt und dass dies ein sehr schlechter Zustand ist. Und wir Christinnen und Christen erwarten von Gott, dass dieser Zustand beendet wird. Und wir gründen diese Zuversicht auf den Heilswillen Gottes für alle Menschen.

Zunehmend begegne ich im Gespräch mit Menschen auch immer mehr Zweifeln daran, dass die Seele des Menschen über den Tod hinaus Bestand habe. Ich bin bisher aber nur sehr wenigen Kranken oder Sterbenden begegnet, die nicht an ihr Weiterleben nach dem Tod glaubten oder dieses erhofft hätten.

Die Sterbenden warten auf unsere Hilfe. 60% der Menschen sterben bei uns schon in den Krankenhäusern. Dort sind es die Schwestern, die sich der Sterbenden annehmen und Sterbehilfe leisten. 90% der Menschen wollen aber zu Hause und im Kreis der Angehörigen sterben. Die Angehörigen drängen ihre Sterbenden aber immer mehr in die Einsamkeit des Sterbens in den Kliniken. Es ist unsere Aufgabe als Theologinnen und Theologen, d.h. als reflektierende Christinnen und Christen, diesen gesellschaftlichen Missstand aufzuzeigen, ihn mit zu verändern helfen und die Sterbenden nicht alleine zu lassen.

5.2. Ethische Probleme der Euthanasie

Mit dem Themenkreis der Euthanasie treffen wir auf die immer aktueller werdende Frage: Kann und darf ein Arzt einem Menschen, der sterben will oder muss, helfen, den Tod schneller oder leichter herbeizuführen? Und: Wie soll er sich verhalten, wenn er darum verbal oder nonverbal gebeten wird?

5.2.1. Begriffsklärung

Mit Hilfe von Markus von Lutterotti (Lexikon Medizin-Ethik-Recht) sollen zunächst die Begriffe geklärt werden. In der griechischen Antike verstand man unter dem Begriff Euthanasie einen schönen, sanften Tod ohne äußere Einwirkung. Der nationalsozialistische Sprachgebrauch hielt die Euthanasie für die Tötung unheilbar Kranker und Geistesgestörter - die "Vernichtung von menschenunwürdigem Leben". Die Medizin sieht darin die Erleichterung des Todeskampfes durch ärztliches Einwirken. Eine Erklärung in allgemeiner Form und ohne strafrechtliche Wertung kann so lauten: "Der Arzt erleichtert einem mit Sicherheit und auf qualvolle Weise verlöschenden Leben den Übergang über die Schwelle des Todes. Dabei kommt er dem ausdrücklichen oder erkennbaren Willen des Sterbenden als Helfer entgegen."

In der Anfangszeit der Diskussionen um die "Euthanasie" in den Jahren nach 1970 im deutschen Sprachraum sprach man von "passiver Euthanasie" beim Verzicht auf künstlich lebensverlängernde Maßnahmen, "aktive Euthanasie" nannte man die absichtliche Beschleunigung des Sterbevorgangs. Unter "Sterbehilfe" verstand man hingegen ursprünglich das, was wir heute Sterbebegleitung oder Sterbebeistand nennen. Heute zieht man den Begriffen "passive und aktive Euthanasie" - wie sie das österr. StGB weiter verwendet - die Begriffe "passive und aktive Sterbehilfe" vor. Als "indirekte Sterbehilfe" versteht man die nicht beabsichtigte Beschleunigung des Todeseintritts, wie sie als Nebenwirkung von Medikamenten eintreten kann, die für das Wohl des Kranken unbedingt erforderlich sind. Die Straflosigkeit wird dann bejaht, wenn die Absicht des Täters (Arzt oder medizinisches Hilfspersonal) auf Schmerzlinderung und nicht auf Tötung gerichtet war.

Die aktive Sterbehilfe ist ursächlich für den Todeseintritt und wird absichtlich zum Zwecke der Verkürzung eines qualvollen Sterbens geleistet. Darunter fällt z.B. das "mercy-killing" durch die Todesspritze.

5.2.2. Strafrechtliche Folgen³⁶

Der Arzt, der seinen Patienten vom Leiden (Leben) erlöst, muss in Österreich die Folgen der §§ 77 (Tötung auf Verlangen), 78 (Mitwirkung am Selbstmord) oder gar § 75 StGB (Mord) in Kauf nehmen und kann auch nicht durch eine vorhandene Einwilligung nach § 90 Abs. 1 StGB gerechtfertigt werden, da in diesen Fällen die Grenzen der "guten Sitten" überschritten werden. § 90 StGB macht die strafbefreiende Wirkung einer Einwilligung im Zusammenhang mit einer Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit davon abhängig, dass die Körperverletzung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt.

Kurzer Exkurs über die rechtliche Lage in Deutschland: In Deutschland ist der durch das Strafrecht gewährte Freiraum wesentlich größer. Die Teilnahme an einer Selbsttötung fällt in Österreich unter die Täterschaft einer Tötung auf Verlangen. In Deutschland wird der Tatbestand der Teilnahme an einer Selbsttötung vom Gesetz nicht aufgegriffen. Anstiftung und Beihilfe zu fremder Selbsttötung sind als solche daher nicht strafbar. Dabei bestehen Abgrenzungsprobleme zum Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB). Bei der gegebenenfalls straffreien Suizidteilnahme kommt es darauf an, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht hat.

Die rechtliche Situation in den Niederlanden: Am 3. April 2001 wurde in den Niederlanden die aktive Sterbehilfe legalisiert. Ärzte dürfen nach dem neuen Gesetz unter bestimmten Umständen PatientInnen töten, ohne eine Strafe befürchten zu müssen. Bereits seit der Erklärung des Obersten Gerichtshofes 1984 wurde die Beihilfe zum Selbstmord toleriert. Das Gesetz legt strenge Kriterien für eine aktive Sterbehilfe fest: Die PatientInnen müssen aus freien Stücken und wohlüberlegt ihren Sterbewunsch äußern. Es muss eine enge Arzt-Patienten-Beziehung bestehen. Der behandelnde Arzt muss zur Überzeugung kommen, dass es keine medizinische Alternative zur Sterbehilfe gibt und dem Patienten damit Leiden erspart werden. Zudem muss er einen weiteren Arzt hinzuziehen. Das Leben des Kranken muss dem Gesetz nach in einer „medizinisch angemessenen Weise“ beendet werden. Trotz dieser strengen Regeln zeigen die Untersuchungen aus dem letzten Jahr, dass Ärzte sich nicht an diese Regeln halten. Dr. Rob Jonquiere, der Geschäftsführer der Niederländischen Vereinigung für freiwillige Euthanasie, hat am 19. März 2002 in Innsbruck von 40 PatientInnen gesprochen, die ohne Einwilligung getötet wurden. Es handelte sich um KrebspatientInnen, die nur mehr „ein oder zwei Wochen gelebt hätten“. Diese Angaben und Untersuchungen lassen natürlich nach der Dunkelziffer von ungefragt getöteten PatientInnen fragen.

In der Schweiz wird die Hilfe zum Suizid strafrechtlich nur dann verfolgt, wenn sie aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ geschieht, nicht jedoch, wenn diese ausgeschlossen sind. Art. 115 vom 1.1.1942 der Bundesverfassung sagt: „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord: Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft“ (*Stand am 26. März 2002*).

Vom 1. Jänner 2001 bis zum 31. Dezember 2001 hat der Verein Dignitas in der Schweiz 50 Menschen „mit einer Freitodbegleitung... verloren“ (Dignitas. Arbeitsbericht 2001).

³⁶ Aigner, G., Emberger, H., Flössl-Emberger, K., Die Haftung des Arztes. Justiz- und Verwaltungsstrafrecht. Wien 1991, 120-130.

Am 29. April 2002 hat der Europäische Menschenrechtsgerichtshof entschieden, dass aus dem Grundrecht auf Leben kein Anspruch auf Selbstbestimmung in dem Sinne abgeleitet werden, dass jedes Individuum das Recht hat, eher den Tod als das Leben zu wählen. Weiter heißt es in dem Urteil, es gebe kein Grundrecht auf Sterben – sei es durch die Hand eines Dritten oder mit Hilfe einer öffentlichen Autorität. Somit könne niemand vom Staat fordern, dass er seinen Tod erlaubt oder erleichtert. Es sei auch gerechtfertigt, wenn das Gesetz keine Unterscheidung mache zwischen Personen, die sich selbst das Leben nehmen können und anderen. Die Grenze sei nämlich oft sehr schmal. So der EMRG. Anlass des Verfahrens war die 43jährige Engländerin Diane Pretty, die aufgrund der Erkrankung an amyotrophischer Lateralsklerose vom Kopf an abwärts gelähmt war. Ihr drohte ein qualvoller Tod durch Ersticken und Lungenentzündung. Sie wollte mit Hilfe ihres Mannes in Würde sterben. Im Sommer 1991 beantragte sie bei der britischen Justiz Straffreiheit für ihren Mann Brian, falls dieser ihr Sterbehilfe leiste. Dies wurde abgelehnt. Dem Mann drohen bis zu 14 Jahre Haft, wenn er den Wunsch seiner Frau erfüllt. Frau Pretty starb wenige Wochen nach dem Urteil des EMRG.

Belgien verabschiedete im Mai 2002 ein Gesetz, das aktive Sterbehilfe unter Straffreiheit stellt.

Zurück nach Österreich: Die Freigabe der Sterbehilfe - der Hilfe zum Sterben - birgt unter anderem die Gefahr des zu schnellen unüberlegten Handelns in auch weniger eindeutigen Fällen in sich. Gleich zu beurteilen sind auch die Handlungen des medizinischen Hilfspersonals. Handeln diese Personen jedoch im Auftrag des Arztes, macht dieser sich als Bestimmungstäter und als der die Handlung Ausführende schuldig als unmittelbarer Täter.

Unterlässt ein Arzt in einer ausweglosen Situation an einem dem Tod geweihten Patienten den weiteren Einsatz aller nur denkbaren medizinischen und medizinisch-technischen Maßnahmen, die das Leben noch weiter verlängern könnten und begnügt er sich stattdessen im Wesentlichen mit der Verabreichung schmerzlindernder Mittel, so bedeutet dies für den Patienten Hilfe im Sterben ohne damit einhergehender Lebensverkürzung, und dies ist somit strafrechtlich unbedenklich.

Zusammenfassung:

Die Hilfe zum Sterben ist nach dem österreichischen Strafrecht verboten, die Hilfe im Sterben ist aber erlaubt.

Das menschliche Leben gilt, wie schon angeführt, als unveräußerliches Rechtsgut, das im Interesse der Allgemeinheit grundsätzlich unabhängig vom Willen des Trägers besteht. Niemand hat Anspruch darauf, seinem Leben zu einem von ihm bestimmten Zeitpunkt ein Ende zu bereiten, so „die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zum StGB“ (Wegscheider, Stb. 1981 10, 37).

Man könnte argumentieren (wie Wegscheider), das Selbstbestimmungsrecht sollte durch die Achtung vor der Persönlichkeit des Sterbenden eine Sterbehilfe möglich machen. Ein solches Recht auf den eigenen Tod lässt sich jedoch weder aus der Verfassung noch aus anderen Gesetzesbestimmungen ableiten. Die Rechtsordnung dient ja dem Schutz der Rechtsgüter, also auch bzw. vor allem dem Schutz des menschlichen Lebens. Stellt man die Vernichtung des eigenen Lebens frei, würde dies einen Widerspruch zum Schutzzweck des Strafrechts darstellen.

Dem Selbstbestimmungsrecht wird aber insoweit Rechnung getragen, als der Patient eine ärztliche Behandlung ablehnen kann.

5.3. Einige Anmerkungen zur Schmerztherapie von tumorkranken PatientInnen

Ein besonderes Problem im Rahmen der Ethik der Sterbehilfe stellt das noch immer weit verbreitete Vorurteil dar: Eine Schmerztherapie sei nicht zu verantworten, weil die wirksamen Medikamente Morphine sind und die PatientInnen durch Sucht zu Tode bringen. Leider wird auch das ärztliche Verhalten noch sehr oft von diesem Vorurteil geleitet. Wie lange sich derartige Vorurteile in der „naturwissenschaftlichen Medizin“ halten können, zeigt der folgende Beitrag aus dem Jahre 1989³⁷:

Die Therapie mit Analgetika (Schmerzmitteln) „nach Bedarf“ ist obsolet. Es wird prophylaktisch behandelt, so dass der Patient immer schmerzfrei ist. Er erhält eine feste Dosis in bestimmten Zeitabständen. Bei der Therapie von Karzinom-Schmerzen tritt auch bei den Dosierungen von 5 bis 500 mg Morphin vierstündlich keine Sucht auf! Ziel der Schmerztherapie bei Karzinompatienten ist es, sie am alltäglichen Leben teilnehmen zu lassen.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Angst von TumorpatientInnen, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen und deren Wunsch nach aktiver Euthanasie. Deshalb ist Aufklärung und Durchführung von Schmerztherapien dringend notwendig. Österreich hat hier noch einen großen Nachholbedarf.

Obwohl das Morphin - im Mohnsaft als Hauptalkaloid des Opiums enthalten - bei uns seit dem klassischen Altertum und in vielen anderen Medizinkulturen - chinesische, präkolumbianische, tibetische etc. - zu therapeutischen Zwecken verwendet wurde und es dasjenige starke Analgetikum ist, mit dem der Mensch die meiste Erfahrung besitzt, wurde und wird Morphin in Österreich viel zu wenig zur Tumorschmerztherapie eingesetzt.

Natürlich wirkt Morphin lähmend auf das Atemzentrum, erregt das Brechzentrum und steigert den Tonus der glatten Muskulatur, was zu Verstopfung und Blasenentleerungsstörungen führen kann. Eine entsprechende Diät, Abführmittel und evtl. Antidepressiva helfen diesen Nebenwirkungen auf. Freilich darf Morphin bei genesenden PatientInnen - z.B. in der postoperativen Zeit - nicht länger als 14 Tage gegeben werden, da nach 3 Wochen eine Gewöhnung eintritt und nicht vorausgesagt werden kann, wer süchtig wird und wer nicht süchtig wird.

5.4. Moraltheologische Überlegungen zum Thema: Menschenwürdig sterben

Wie kontrovers inzwischen auch bei uns verantwortliche Christen das Thema „Euthanasie“ diskutieren, macht das 1995 bei Piper erschienene Büchlein „Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“ deutlich. Zur Diskussion der Autoren - Hans Küng, Walter Jens, Albin Eser und Dietrich Niethammer (Direktor der Universitätskinderklinik Tübingen) - soll im Folgenden Stellung genommen werden:

Zunächst sind sich die Autoren in folgenden Punkten einig:

1. Unumstritten ist die sittliche Verwerflichkeit jeglicher Zwangseuthanasie.

³⁷ Kretz, F.-J., Schäffer, J., Eyrich, K., Anästhesie. Intensivmedizin. Notfallmedizin. Berlin 1989. 401ff.

2. Unumstritten ist die ethische Verantwortbarkeit der echten Sterbehilfe oder Euthanasie ohne Lebensverkürzung, Schmerztherapie und Psychopharmaka.
3. Unumstritten ist schließlich die ethische Verantwortbarkeit der passiven Sterbehilfe oder Euthanasie mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung: Abbruch künstlicher Lebensverlängerung, z.B. Verweigerung einer Operation.
4. Heftig umstritten aber ist die aktive Sterbehilfe, die aktive Euthanasie, welche direkt auf Lebensverkürzung abzielt: der "Gnadentod".

Wohl wissend, dass er sich damit außerhalb des Lehramtes der Katholischen Kirche stellt, hält nun Hans Küng ein Plädoyer für die aktive Euthanasie, zumindest in der Form der Tötung auf Verlangen:

„Gehört es auch zum menschenwürdigen Sterben, dass der Mensch selber - soweit überhaupt möglich - über Zeitpunkt und Art und Weise des Sterbens befinden kann? Hat gerade nach christlicher Auffassung der Mensch überhaupt das Recht, über Sein oder Nichtsein seines Lebens selber zu verfügen? Man beachte: Ich stelle diese Frage nicht im Hinblick auf den psychisch und physisch gesunden Menschen, sondern den sterbewilligen Schwerstkranken.

Gibt es - christlich verantwortbar - ein Selbstbestimmungsrecht wie im Leben so auch im Sterben? Darf der Arzt auch um aktive Sterbehilfe gebeten werden? Darf sie dieser auch leisten?

Die Patientenverfügung soll auch für die Ärzte rechtlich verbindlich sein. Nicht der Arzt ist Herr über Leben und Tod, sondern der betroffene Mensch allein.

Natürlich sind mir die traditionellen Argumente der Theologie von Jugend auf vertraut (Erklärung der Glaubenskongregation vom 5. Mai 1980):

- Das menschliche Leben sei "Geschenk der Liebe Gottes". Das ist wahr. Wahr ist auch, dass das Leben nach Gottes Willen zugleich auch des Menschen Aufgabe ist und so in unsere eigene verantwortliche Verfügung gegeben ist.
- Des Menschen Leben sei allein Gottes "Schöpfung". Aber ist heute die verantwortete Elternschaft nicht als freiwillige Schöpfung der Eltern in des Menschen Verantwortung gestellt?
- Der Mensch müsse bis zum "verfügten Ende" durchhalten. Ich frage, verfügt Gott wirklich die Reduktion des menschlichen Lebens auf rein biologisches Leben?
- Die "vorzeitige" Rückgabe des Lebens sei ein menschliches Nein zum göttlichen Ja, sei eine "Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes und seiner liebenden Vorsehung".

Ich frage, was heißen solche hohen Worte angesichts eines definitiv zerstörten Lebens und eines unerträglichen Leidens? ...

Hinter solchen Argumenten - Souveränitätsargumente - steht ein schiefes Gottesbild.

Gott ist jedoch Vater der Schwachen, Leidenden, Verlorenen, der dem Menschen Leben spendet und ihn wie eine Mutter umsorgt, der solidarische Bundestgott, der den Menschen, sein Ebenbild, als einen freien, verantwortlichen Partner haben will!

Ich bin gegen Singer, der unheilbar Kranken, Altersschwachen, Schwerinvaliden und Kindern mit körperlichen und geistigen Behinderungen das Lebensrecht streitig macht. Aber Selbstbestimmung meint nicht Willkür, sondern Gewissensentscheidung.

Kein Mensch soll gezwungen werden, unter allen Umständen weiterzuleben. Das Recht auf Weiterleben ist keine Pflicht zum Weiterleben, das Lebensrecht kein Lebenszwang.

Auch die Bibel kennt keine absolute Unantastbarkeit des Lebens. Im Alten Testament wird die Selbsttötung im Fall des Abimelech, des Samson, des Saul oder des Rasis zum Teil mit Zustimmung berichtet. Anders im Neuen Testament die des Verräters Judas. Doch die Selbsttötung wird nirgendwo in der Bibel ausdrücklich verboten. Hinzu

kommt: Jesus von Nazaret hat nirgendwo die Krankheit als von Gott verhängtes und in Gottgegebenheit hinzunehmendes Schicksal bezeichnet, sondern er hat sich mit dem Leidenden gegen die Krankheit identifiziert und hat in vielen Fällen Abhilfe geschaffen. Gerade weil ich davon überzeugt bin, dass mit dem Tod nicht alles aus ist, ist mir nicht so sehr an einer endlosen Verlängerung meines Leben gelegen - schon gar nicht unter nicht mehr menschenwürdigen Bedingungen. Gerade weil ich davon überzeugt bin, dass mir ein anderes, neues Leben bestimmt ist, sehe ich mich als Christ von Gott selber in die Freiheit versetzt, über mein Sterben, über Art und Zeitpunkt meines Todes - soweit mir dies geschenkt wird - mitzubestimmen. ... Wie ich sterbe, weiß ich nicht. Deshalb: Nicht meiner selbst, allein der Vergebung und Gnade Gottes darf ich im Glauben an Jesus Christus gewiss sein.“

Der Rhetorikprofessor Walter Jens geht dem Recht, in Friede und Würde zu sterben, in der Literatur nach und schreibt: „Mein Fazit: Die Poesie, deren Wesen es ist, in Gleichnis und Bild, eine Ars Vivendi zu lehren, sollte, im Sinne der Freud'schen Devise 'Si vis vitam para mortem', entschiedener als bisher die Partei jener ergreifen, die, ..., wieder und wieder zumal jenes fünfte Recht der Kranken und Sterbenden ins Blickfeld rücken, das Recht, nicht leiden zu müssen, sondern in Friede und Würde sterben zu können: so wie es die Allgemeine Menschenrechtskommission des Europarats in Artikel 2 formuliert hat.“

Jens ist kein Vertreter der aktiven Euthanasie in der Art, wie es Küng ist. Jens geht es wie Albin Eser um eine öffentliche Diskussion und eine saubere rechtliche Regelung der Sterbehilfe, die die bestehenden Grauzonen im ärztlichen Verhalten beseitigt: „Deshalb, ..., mein Votum für eine zügige Entkriminalisierung der Hilfeleistung bei einem Sterben, das den Namen 'menschenwürdig' verdient, Hilfeleistung bei einer Euthanasie, über die Humanität hier und jetzt zu entscheiden hat - und nicht die Erinnerung an eine Praxis, die Gut und Böse in ihr Gegenteil verkehrte.“

Dem Juristen Eser geht es nun darum, die Gesichtspunkte der autonomen Selbstbestimmung und des gesellschaftlichen Schutzes des Lebens miteinander in Einklang zu bringen. Eser würde rechtlich - wenngleich nicht moralisch - die Teilnahme am Suizid zulassen. Wenn sich jemand selbst seinen Tod gibt, argumentiert Eser, dann ist dies als eine autonom gesetzte Entscheidung zu respektieren. Eser lehnt aber die Tötung auf Verlangen ab, weil hier die Verantwortung über Leben und Tod in die Hand eines anderen gegeben wird. Auch die Patientenverfügung hilft wenig, wenn sie es dem Arzt überlässt, wann jemand stirbt oder nicht. Eser ist dafür, dass der Arzt ein Patiententestament respektieren 'darf', wenn der Arzt auf die Behandlung verzichtet, weil der Patient dies will. Eser macht Küng auch darauf aufmerksam, dass kein Arzt gezwungen werden darf, einer Tötung auf Verlangen nachkommen zu müssen.

Und es ist der Arzt, Prof. Niethammer, der am skeptischsten gegenüber einer generellen Freigabe der Beihilfe zum Suizid ist. Er ist sich klar, dass diese Haltung des Arztes die PatientInnen veranlassen kann, nicht mehr mit ihm zu rechnen und sie in die Vereinsamung drängt. Niethammer macht aber auch darauf aufmerksam, dass - wie Sporken gezeigt hat - viele „Bitten um Tötung auf Verlangen“ in Wirklichkeit Hilferufe der verzweifelten PatientInnen sind, aber keineswegs Bitten um Tötung auf Verlangen.

Von konkreten Erfahrungen im Umgang mit den sterbens- und todkranken Menschen, bzw. mit einer bewussten ganzheitlichen Aufarbeitung derartiger

Erfahrungen, scheint mir Hans Küng sehr weit entfernt zu sein. Seine Forderung nach der Freigabe der Tötung auf Verlangen wird kalt-rational vorgebracht, sie befremdet mich und ist abstoßend. Umso einfühlsamer und sympathischer sind mir dann Küngs Gedanken zum „großen Geheimnis des Todes“: „Schon immer bereiteten die Religionen den Menschen auf das Sterben vor. Und schon die Gräber der Steinzeitmenschen und die gewaltigen Grabstätten der Ägypter zeugen von einem Glauben an ein Leben nach dem Tod. Und bis heute stimmen alle großen Religionen darin überein, dass der Mensch, so wie er gewöhnlich lebt, unwirklich lebt, unfrei, nicht mit sich identisch, dass also der Jetzt-Status des Menschen unbefriedigend, leidvoll, unglücklich ist. Und warum? Weil der Mensch getrennt, entfremdet leben muss von jener allerletzten, allerhöchsten Wirklichkeit ..., die seine wahre Heimat ist, seine eigentliche Freiheit ausmacht, seine wirkliche Identität bedeutet und die man das Unverfügbare, Unbedingte, Unaussprechliche, das Absolute, die Gottheit, Gott oder auch anders nennt. Der Sinn des Daseins vollendet sich in seinem Ende. Der Tod - das große Geheimnis: Kein Verenden, sondern die Vollendung.“

Das sind sehr schöne und tröstliche Gedanken. Schon immer bereiteten die Religionen den Menschen auf das Sterben vor. Und der Tod ist die Vollendung eines Lebens, das oft und immer wieder seine Unzulänglichkeiten und Schwierigkeiten zeigt. Und oft treten diese Schwierigkeiten gerade im Zusammenhang mit neuen Schritten des menschlichen Fortschrittes, mit neuen Erfindungen und medizintechnischen Möglichkeiten auf. Der Tod ist die Vollendung des Lebens. Das hoffen wir für unsere Verstorbenen und auch einmal für uns selbst. Für uns, die wir aber einstweilen noch in diesem Leben verblieben sind, stellt sich aufgrund des medizinischen Fortschritts im Zusammenhang mit dem Tod ein altes Problem in quälend neuer Aktualität: die Frage nach dem Todeszeitpunkt.

5.5. Die Ethik des Gehirntodes

Vor etwa 30 Jahren wurde die künstliche Beatmung in die Intensivmedizin miteinbezogen. Dadurch wurde es möglich, lebensnotwendige Organsysteme wie Herz- und Lungenfunktion künstlich zu erhalten, obgleich ein anderes lebensnotwendiges Organsystem - das Gehirn - seine Funktionen schon verloren hatte. Die künstlich am Leben erhaltenen PatientInnen zeigten Lebenszeichen, die eindeutig lebendigen Menschen zuzuschreiben sind: Herzfunktion, Blutzirkulation, Verdauung und Zellstoffwechsel. In anderer Hinsicht ähnelten sie wiederum Menschen, die bisher als tot galten: Unfähigkeit zu Spontanbewegungen und zur Kommunikation, fehlende Spontanatmung und völliger Reflexmangel auf äußere physische Stimuli. Sind diese PatientInnen nun lebendig oder tot? Das war die Frage. In dieser Situation entstand der Begriff „Hirntod“. Die Mediziner mussten sich nun darüber einigen, was man unter Hirntod versteht und was nun gemessen werden sollte, wollte man den Hirntod feststellen. Da der Hirntod zu einem wesentlichen Kriterium zur Feststellung des Todes überhaupt wurde, ging man zunächst auch von der traditionellen Todesdefinition aus. Traditionell wurde der Tod als der irreversible Stillstand aller Körperorgansysteme definiert. Bei der traditionellen Todesfeststellung müssen folgende Kriterien vorliegen: Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand, reaktionslose weite Pupillen, Erlöschensein des Hornhautreflexes (Cornealreflex) am Auge, gegebenenfalls Erfolglosigkeit von Wiederbelebungsmaßnahmen, Feststellung von Leichenstarre und/oder Leichenflecken und Absinken der Körpertemperatur. Was heißt dies nun in Bezug auf den Hirntod?

Gerichtsmedizinisch gilt nach den von der Medizin erarbeiteten Kriterien der Mensch als tot, wenn die Funktionen des Gesamthirnes endgültig aufgehoben sind. Die Definition, dass Tod also letztlich Hirntod bedeutet, hat also nicht nur für die Medizin Gültigkeit, sondern ist auch vom Recht anerkannt. Diese Gesamthirntoddefinition kommt der traditionellen Todesdefinition sehr nahe.

In den letzten Jahren hat nun eine heftige Diskussion über die Definition des Hirntodes eingesetzt. Diese Diskussionen, die mehr oder weniger rational, aber stets mit großen Emotionen verbunden, immer wieder in den Medien widergespiegelt wird, hat eigentlich wenig mit dem Problem der eigentlichen Definition von Tod zu tun. Ich habe den Eindruck, dass die Hirntoddefinition viel mehr mit den Problemen der Sterbebegleitung oder der Euthanasie, d.h. mit unserem Umgang mit alten und kranken Menschen, zu tun hat.

In der Hirntoddebatte können mindestens drei verschiedene Definitionen des Begriffes „Hirntod“ festgemacht werden: Der Begriff „Gesamthirntod“ nimmt den irreversiblen Verlust aller Hirnfunktionen als Kriterium für die Feststellung des Hirntodes. Ein anderes Verständnis von Hirntod begnügt sich mit dem Tod des Neokortex, d.h. im Wesentlichen mit dem Erlöschen der Funktionen der Großhirnrinde. Und ein dritter Begriff setzt den Hirntod mit dem Hirnstammtod gleich. Ist der Hirnstamm funktionslos, sagen die Vertreter dieser Hirntoddefinition, dann ist es nicht mehr relevant, ob noch Zellen der Großhirnrinde am Leben sind.

Vertretern aller drei Begriffe ist gemeinsam, dass die gesamten Hirnfunktionen - d.h. die der beiden Großhirnhälften, des Hirnstammes, des Kleinhirnes und des Zwischenhirnes (Thalamus und Hypothalamus) - irreversibel funktionsunfähig geworden sein müssen, um von Hirntod sprechen zu können. Die Großhirnfunktionen beinhalten z.B. das Sprechen, das Gedächtnis, das Sehen, die Kreativität, das Rechnen, das Zeichnen etc. Das Kleinhirn ist für das Gehen wichtig, das Zwischenhirn besitzt wichtige Stoffwechselregelkreise und nimmt die Empfindungen aus dem Hirnstamm auf, im Hirnstamm sind die Atmung und das Kreislaufzentrum lokalisiert. Die unterschiedlichen Hirntoddefinitionen rühren also von einer unterschiedlichen Bewertung des Funktionsverlustes der verschiedenen Hirnfunktionen her. D.h., dass das, was ich unter Funktionsverlust verstehe, die Definition bestimmt. Verstehe ich unter Funktionsverlust, dass das Großhirn seine Kontrollfunktion nicht mehr wahrnehmen kann? Oder verstehe ich unter Funktionsverlust eben den Ausfall auch anderer Hirnteile?

Reicht die Feststellung des fehlenden Pupillenreflexes als Hinweis auf die irreversible Schädigung des Hirnstammes? Reicht die berechtigte Annahme, dass aufgrund der irreversibel fehlenden Spontanatmung in wenigen Minuten auch das Herz zu schlagen aufhören wird, schon aus, um den Tod festzustellen? Kann auf ein Nulllinien-Elektroenzephalogramm (EEG) verzichtet werden? Ist dann die Hirnstammtoddefinition eine gültige Definition des Hirntodes? Obwohl diese Definition in England allgemein anerkannt ist, enthält sie doch schwere Mängel, z.B. in der Messbarkeit: Es gibt kein Verfahren, um den Hirnstammtod direkt zu messen, d.h. diagnostizieren zu können. Für die Feststellung des Gesamthirntodes gibt es diese Verfahren. Oder ist es gar nicht nötig, den irreversiblen Hirnstammausfall zu diagnostizieren? Reichen etwa - wie es bei den Vertretern der Großhirntoddefinition der Fall ist - schon der Verlust der Eigenschaften, die die Einzigartigkeit des jeweiligen Individuums ausmachen, aus, um von der Funktionsunfähigkeit des Gehirns sprechen zu können und den Tod festzustellen? Würde also schon das irreversible Fehlen der Identität, des Selbstbewusstseins, der Erfahrungs- und Kommunikationsfähigkeit genügen, um von einem toten Menschen sprechen zu können? Menschen in dauerhaftem vegetativem Koma - d.h. PatientInnen, die zwar

eine Spontanatmung und eine normale Herzfunktion haben, aber aufgrund einer Hirnschädigung bewusstlos und kommunikationsunfähig sind und künstlich ernährt werden müssen, würden entsprechend der Großhirntoddefinition als tot erklärt werden. Das Gleiche gälte für lebend Neugeborene, die mit einem Anenzephalus - das ist eine Fehlbildung des Gehirnes, die nach Tagen bis Wochen zum Tode führt - auf die Welt kommen. Und hier stellt sich die Frage, wie viel vom Großhirn zerstört sein muss, um von einem toten Menschen zu sprechen? Durch diese Fragen wird klar, dass die Großhirntoddefinition keine Definition des Todes eines Menschen vorlegt, sondern den Verlust der persönlichen Integrität beschreibt.

Es bleibt also die Gesamthirntoddefinition als das beste Kriterium, den Tod als den dauerhaften Stillstand des Funktionierens des Organismus als ein Ganzes festzustellen. Das heißt nun nicht, dass jedes Neuron des Gehirnes seine Funktion eingestellt haben muss, bevor vom Hirntod gesprochen werden kann. Auch der Begriff Gesamthirntod ist eine Annäherung.

Eine besondere ethische Relevanz erhielt die Hirntodbestimmung als Bedingung zur Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation. Normalerweise bereitet die Todesfeststellung dem Arzt keine Schwierigkeit. Er hatte alle Zeit der Welt, um sich vom eingetretenen Tod überzeugen zu können. In Zeitdruck kommt der Arzt bei denjenigen PatientInnen, die nach ihrem Tod „ideale OrganspenderInnen“ darstellen. Und dies sind in der Regel junge PatientInnen mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma, deren restliche Körperorgane durch die künstliche Beatmung und medikamentöse Therapie „am Leben gehalten werden“. Für den Menschen, dessen Leben oder Gesundheit durch eine Organspende gerettet wird, ist es von höchster Bedeutung, dass die Spenderorgane in einem möglichst guten Zustand transplantiert werden. Um Interessenskonflikte grundsätzlich auszuschließen, darf der den eingetretenen Tod feststellende Arzt daher weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen. Die Empfehlung zur Durchführung der Hirntoddiagnostik des Obersten Sanitätsrates vom 22. November 1997 definiert den Hirntod „als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes.“

Die Hirntoddiagnostik darf erst dann durchgeführt werden, wenn durch genaue Erhebung von Vorgeschichte und Befunden Intoxikationen, Relaxationen, primäre Hypothermie, hypovolämischer Schock, endokrines oder metabolisches Koma ausgeschlossen sind. Sollte mit zentral wirksamen Substanzen (z.B. Sedativa wie Barbiturate oder Benzodiazepine) behandelt werden, die Behandlung nicht mehr sinnvoll sein, sollte die Verdachtsdiagnose von einem Neurologen bestätigt werden. Nach Ablauf einer zwölfstündigen Beobachtungsphase kann mit der Hirntoddiagnostik begonnen werden. Eine EEG-Untersuchung ist obligat. Eine Angiographie zur Dokumentation des cerebralen Zirkulationsstops wird empfohlen. Der empfohlene Untersuchungszeitraum beträgt zumindest zwei Stunden.

Der Umgang mit der Hirntodbestimmung wird immer ein zutiefst menschliches und verantwortungsvolles Unterfangen sein, das den Arzt in seiner gesamten Persönlichkeit involviert. Um von den Angehörigen akzeptiert zu werden, muss das Handeln des Arztes von Verantwortungsbewusstsein und menschlicher Integrität geprägt sein.

5.6. Euthanasie³⁸

Ich gebe die Ausführungen Gulas wieder. Er gliedert in die Punkte: Debatte, Einstellungen und Werte (Autonomie, Tötungsverbot) und Antwort.

Die Debatte

Unnütze und unverhältnismäßig belastende Therapien abzulehnen und abubrechen, ist nicht dasselbe wie Euthanasie und assistierte Selbsttötung. Die katholische Tradition verwendet im Zusammenhang mit der Behandlung Sterbender das Prinzip der Abschätzung von Standardtherapie (Schmerzfreiheit, Pflege und Ernährung) sowie dem Einsatz von außergewöhnlichen Mitteln. Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten bzw. seines Sachwalters kommt ein Mitspracherecht in der Therapiefestlegung zu. Das anerkannte auch Johannes Paul II. in Artikel 65 von Evangelium vitae (1995).

Es geht in der Euthanasiedebatte um frei gewollte aktive Euthanasie und um Selbsttötung, bei der der Arzt hilft, d.h. Mittäter ist. Dies gemeinhin mit Hilfe der Injektion einer tödlich wirkenden Substanz.

Das Hauptargument für die Euthanasie und den assistierten Selbstmord lautet: Im Namen des Respektes der Autonomie (Selbstbestimmungsrecht) sollte eine menschliche Person das Recht haben, ihr Leben und Sterben zu kontrollieren, d.h. sie sollte fähig sein, ihrem Leben ein Ende zu bereiten, wenn es nur mehr nutzloses Leiden bedeutet. Euthanasie wie Hilfe zur Selbsttötung sind Handlungen, Menschen von ihrem Leiden zu befreien.

Das Hauptargument gegen Euthanasie aus christlicher Sicht ist: Als menschliche Personen sind wir nur Verwalter der Schöpfung und haben daher eine begrenzte Herrschaft und Freiheit über unser Leben. Menschliches Leben ist etwas Anvertrautes, kein persönlicher Besitz, über den wir voll verfügen könnten. Die Heiligkeit des Lebens ist von Gott bestimmt und verlangt Ehrfurcht und Schutz. Unschuldiges Leben zu nehmen ist kein menschliches Recht, sondern ein großes moralisches Übel. Menschliches Leid ist zwar kein Wert an sich, kann aber aus dem Glauben einen Sinn bekommen und verletzt nicht die menschliche Würde.

Einstellungen und Werte

Autonomie

Im Gesundheitsversorgungssystem ist die Autonomie des Patienten/der Patientin das Grundprinzip, weshalb er/sie als Person mit Werten, Zielen und Grenzen „behandelt“ werden soll.

Diese Autonomie, z.B. zur Beendigung einer Therapie, soll nun auf das Recht zur Selbsttötung ausgeweitet werden. Dazu soll vom Arzt verlangt werden können, bei der Selbsttötung zu helfen. Solange die Wahl oder Entscheidung von der/dem Betroffenen getroffen wurde, ist sie auch schon eine richtige. Autonomie ist das Kriterium zur Beurteilung von richtig und falsch.

³⁸ Gula, Richard, M., Euthanasia, in: Christian Ethics, 277-289.

Das religiöse Argument gegen Euthanasie ist eine Kombination von den Prinzipien der göttlichen Souveränität, des Verwaltungsauftrages an den Menschen und unserer sozialen Verantwortung gegenüber dem Gemeinwohl.

Es ist christlicher Glaube, dass wir in einer Welt der Gnade leben. Menschliches Leben ist ein Geschenk Gottes. Das sagen die Schöpfungsberichte in der Genesis. Der Mensch hat nicht die Herrschaft über das Leben und die autonome Gewalt über die Schöpfung. Daher ist seine Freiheit beschränkt. Angesichts des Todes kann nicht Freiheit als absolute Kontrolle verlangt werden, sondern die Annahme dessen, was sich eben unserer Kontrolle entzieht.

Auch unsere soziale Natur als Menschen begrenzt unsere Freiheit. Unsere Verpflichtung, das Gemeinwohl der Gesellschaft in unseren Handlungen nicht zu vernachlässigen, ist auch ein Argument gegen die Euthanasie. Euthanasie ist kein privates Problem, es ist ein soziales. Die Gesellschaft muss zustimmen, der Arzt muss helfen. Das sind Beweise des sozialen Charakters der Euthanasie. Euthanasie würde zuerst die Schwachen treffen. Diejenigen, die sich nicht mehr selbst äußern können, z.B. PatientInnen mit der Krankheit Alzheimer. Außerdem würde die Legalisierung und Praxis der Euthanasie das allgemeine Tötungsverbot in der Gesellschaft schwächen, wir würden menschliches Leben geringer bewerten als bisher.

Das Tötungsverbot

Töten oder das Sterben zulassen, das ist die wichtige Unterscheidung in der Euthanasiefrage. Töten ist jede Handlung oder Nichthandlung, die den Tod verursachen will. Das Sterben zulassen bedeutet, dass unnütze oder unverhältnismäßige Mittel nicht mehr angewandt werden, sodass in die natürlichen Vorgänge des Sterbens nicht mehr eingegriffen wird.

Diese katholische Unterscheidung von Tötung und Sterbenlassen wird von der Hemlock Society und von vielen Philosophen, wie z.B. von Peter Singer, nicht geteilt. Der Tod ist ja in beiden Fällen die Folge. Also kann auch in den Ursachen kein prinzipieller Unterschied gemacht werden. Dies gilt noch einmal mehr, wenn es um die Befreiung von unheilbaren Schmerzen geht.

Robert Veatch, James Childress und andere stimmen der Unterscheidung zwar zu, sind aber der Meinung, dass sie sich im Laufe des Sterbens immer mehr verflüchtigt.

Das Tötungsverbot lautet als göttliches Gesetz: Du sollst nicht töten. Das ist das sog. Fünfte Gebot im Dekalog.

Die Unterscheidung zwischen aktiver Selbsttötung bei unheilbar kranken Menschen, die unerträgliche Schmerzen leiden und Sterbenlassen wird auch aus der Tatsache erklärt, dass für die tödliche Krankheit niemand verantwortlich gemacht werden kann, was für eine Todesspritze nicht gesagt werden kann. Ein anderes Argument gegen die aktive Sterbehilfe ist, dass der Arzt den Auftrag zu heilen hat, nicht zu töten.

Darüber hinaus muss auch gesagt werden, dass es etwas anderes ist, in einem bestimmten Fall von aktiver Euthanasie von Strafverfolgung abzusehen oder generell

eine Gesetzeslage zu schaffen, die Euthanasie prinzipiell erlaubt. Das sind zwei verschiedene politische und moralische Wege.

Vorteil und Gewinn für die PatientInnen

Hat der Patient, der von seinen unheilbaren Schmerzen befreit wird, nicht einen echten und guten Gewinn erhalten und sein Wohl gestärkt?

Das führt zurück zur Frage, ob in den Aufgabenbereich des Arztes zu helfen, hineinfällt, PatientInnen auch zu töten. Kann man sagen, dass bei der Hilfe zur Selbsttötung der Arzt dem Patienten hilft, sein Leben in einer bestimmten Weise zu leben? Hier geht es schon um die Beurteilung, was unter einem lebenswerten Leben zu verstehen ist. Kann diese Mitbeurteilung dem Arzt zugemutet werden?

In die Aufgabe, mit bestem wissenschaftlichem Wissen und Gewissen den PatientInnen bei der Prävention, der Diagnose und Therapie von Krankheit zu helfen, fällt das Töten nicht hinein! Töten überschreitet die Kompetenz des Arztes, d.h. seine Aufgaben. Der Sinn des Lebens und der Wert des Lebens hängen mit dem Sinn von Leid, Schmerz und Tod zusammen. Das ist unbestritten. Effektive Schmerztherapie gehört zur Pflicht des Arztes. Wohltätigkeit oder Barmherzigkeit durch Hilfe zur Selbsttötung ist ein Widerspruch. Barmherzigkeit ist Schmerztherapie. Barmherzigkeit ist Mitfühlen mit dem Patienten und ihn zu begleiten und ihm zu helfen, sein Leid zu tragen. Zur Barmherzigkeit gehören das Vertrauen und die Sorge in der Beziehung mit den Leidenden und Sterbenden, gehören das Nichtalleinlassen und das gemeinsame Ankämpfen gegen Hoffnungslosigkeit. Zur Barmherzigkeit gehört nicht, sich dieser Sorge durch Tötung zu entziehen.

Eine Antwort

Die Euthanasiedebatte ist eine Herausforderung an uns selbst, an unseren Charakter, unsere menschliche Reife und unsere moralischen Prinzipien.

Unsere Glaubwürdigkeit als ChristInnen hängt in dieser Debatte – wie allgemein – von unserem persönlichen und korporativen Zeugnis ab. Wie leben wir unser Leben, wie sorgen wir uns um unsere Gesundheit, wie gehen wir mit unseren Grenzen um, wie kontrollieren wir unseren Körper, wie leiden wir, wie denken wir über unsere Beziehungen mit anderen, wie geben wir den Schwachen und Erfolglosen Raum, sorgen uns um die Kranken, die Alten, die Sterbenden?

Zur persönlichen Tugend benötigen wir auch eine Tugendgemeinschaft, die Zeugnis gibt. Wir haben als ChristInnen keine „Lösung“ für das Böse des Leides in dieser Welt. Wir zeichnen uns dadurch aus, dass wir eine Gemeinschaft darstellen, die sich umeinander sorgt und hilft, dieses Böse und Leid zu tragen und uns gemeinsam gegen den zerstörerischen Terror des Bösen und der Gewalt zu stellen, die unsere Beziehungen ständig gefährden. Eine derartige Tugendgemeinschaft muss Strukturen entwickeln und Fähigkeiten, die diese Solidarität effektiv erlebbar werden lassen.

- Klären Sie bitte die verschiedenen Begriffe von „Euthanasie“ und legen Sie in der Auseinandersetzung mit der rechtlichen Situation in verschiedenen Ländern Ihre Kriterien für eine gute Sterbebegleitung dar?

- Legen Sie bitte die Argumente für und gegen die Selbstverantwortung im Zusammenhang mit der Euthanasie von Hans Küng, Walter Jens, Albin Eser und Dietrich Niethammer dar und beziehen Sie dazu Stellung.
- Wann ist für Sie ein Mensch tot? Legen Sie bitte Ihre Kriterien dar.
- Wie behandelt Richard Gula das Thema „Euthanasie“? Legen Sie bitte die Grundlinien seiner Gedankenführung dar.

6. Tierethik

Hugh LaFollette fasst die Argumente und Fragen an die folgenden AutorInnen wie folgt zusammen: Wie schon beim Embryo nach seinem moralischen Status gefragt wurde, so auch bei den Tieren. Haben sie volle moralische Rechte? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Gleiches soll gleich behandelt werden. Das verlangt die Moral. Wie sieht es mit dieser Gleichheit nun aus?

Sind die nicht-menschlichen Tiere, die wir ständig für unsere Nahrung, für Dinge des täglichen Gebrauchs (z. B. Häute), sowie für Produkte und biomedizinische Versuche nutzen (meist Säugetiere und Vögel), den Pflanzen näher als den Menschen?

Im 19. Jh. war für die Wissenschaftler klar, dass sie mit Tieren alles machen konnten, was sie wollten. Wollten sie den Kreislauf eines Hundes erforschen, nagelten sie den Hund auf ein Brett und begannen damit, ihn lebend zu sezieren.

Heute stimmt fast jeder darin überein, dass es moralisch falsch ist, ein Tier aus Spaß zu quälen oder zu töten. Welchen moralischen Status haben heute die Tiere?

Nur Tiere, die Rechte und Pflichten haben, können vollen moralischen Status genießen und daher Mitglieder der moralischen Gemeinschaft sein, sagt Fox. Nur Geschöpfe mit kritischem Selbstbewusstsein und der Fähigkeit, komplexe Konzepte zu manipulieren, können Rechte und Pflichten haben. Da fallen die Tiere heraus.

Regan meint, dass anhand dieser Kriterien viele Kinder und retardierte Erwachsene aus der moralischen Gemeinschaft herausfallen würden. Letztere sind moralische PatientInnen, auch wenn sie sich nicht mehr selbst am Leben halten können. Und Tiere sind moralisch Handelnde, weil sie ein Leben haben, das für sie wichtig ist. Sie sind Subjekte des Lebens.

Singer erweitert die Kriterien. Geschöpfe sind moralische Wesen, weil sie leiden können. Nicht, weil sie denken, Bewusstsein haben, die Zukunft in Angriff nehmen etc. Wie stark wiegen die Interessen dieser Tiere? Wie stark sollen/müssen sie berücksichtigt werden?

Wenn alles Leid gleich behandelt werden soll, dann dürfen Tiere nicht benachteiligt werden. Für Frey soll den Menschen wie Tieren das größtmögliche Glück zur Verfügung stehen. Er ist wie Singer ein Handlungsutilitarist. Da aber Tiere emotional und kognitiv nicht so weit sind wie die Menschen, haben sie nach Frey weniger Rechte. Ihr Leben ist ärmer.

Wenn also der Nutzen im Umgang mit Tieren größer ist als die Kosten, dann dürfen wir mit ihnen forschen. Wenn ein Tierexperiment hilft, ein Medikament zu entwickeln, das kranken Menschen Heilung bringt, dann kann ich das Experiment durchführen. Wenn ich an einem retardierten Menschen ein Humanexperiment machen kann, um für viele Menschen ein wichtiges Medikament zu bekommen, dann soll ich das nach Frey tun.

Was die WissenschaftlerInnen betrifft, sollen sie die Tiere nicht zu Objekten machen. Wenn sie die Tiere als Lebewesen mit Freude und Leid erleben lernen, dann werden sie ihren Experimenten mit ihnen bestimmte Kontrollen auferlegen. Das ist ein

ähnliches Argument, wie es Rothmann gegenüber der Sichtbarmachung der Frauen in der Abtreibungsdebatte verwendet hatte.

6.1. Alle Tiere sind gleich³⁹

Kann der Gleichheitsanspruch zwischen Mann und Frau auf die Gleichheit von Mensch und Tier erweitert werden? Singer erinnert daran, dass Mary Wollstonecraft 1792 ihre „Vindication of the Rights of Women“ mit dem Gleichheitsgrundsatz forderte. Daraufhin antwortete Thomas Taylor, Philosophieprofessor in Cambridge, dass mit dem gleichen Grundsatz „A Vindication of the Rights of Brutes“ gefordert werden könnte.

Auf der anderen Seite gibt es wichtige Unterschiede zwischen Mensch und Tier. Diese müssen in den Tierrechten auch berücksichtigt werden. Es hat keinen Sinn, einem Tier das Wahlrecht einzuräumen.

Bei der Gleichheit geht es nicht um eine faktische Gleichheit biologischer, psychischer oder sozialer Merkmale. Alle Menschen sind gleich - und doch nicht.

Es geht um etwas anderes. Der Utilitarist Jeremy Bentham sagte schon: Jeder zählt für einen und nicht mehr als für einen. Und Henry Sidgwick, auch Utilitarist, sagte: Aus der Sicht des Universums ist das Gute für ein Individuum nicht wichtiger als das Gute für ein beliebig anderes Individuum.

Heute werden diese Gleichheitsgrundsätze in etwa so formuliert: Auf jedermanns Interessen ist in gleichem Maße Rücksicht zu nehmen. Auf welche Art und Weise dies geschehen soll ist wieder eine andere Frage und diese ist noch nicht gelöst. Auch Bentham (1748-1832) zog auch schon die Gleichheit der Tiere in Betracht. Dies mit der Frage nach ihrer Leidensfähigkeit.

Die Leidensfähigkeit wird als Möglichkeitsbedingung dafür gesehen, Dinge genießen zu können und glücklich zu sein. Wenn ein Wesen leidet, dann gibt es keine moralische Rechtfertigung dafür, das Leiden nicht in seinen Überlegungen zu berücksichtigen.

Der Rassist gibt den Interessen seiner Rasse mehr Gewicht als denjenigen einer anderen. Dasselbe gilt für die Interessen jedes Speziisten. Wir sind alle Speziisten. Der Speziismus (den Ausdruck speciesism hat Singer von Richard Ryder) lebt, nicht der Gleichheitsgrundsatz. Sind Tiere nur Fleischmaschinen, deren Leiden mir in der Nahrungsproduktion zu billigen Preisen egal sein kann?

Aufgabe der Philosophie ist es, das, was die meisten Menschen für gegeben nehmen, kritisch und sorgfältig durchzudenken.

Wir können uns Gleichheit zusprechen. Das ist für Humanismus und Moderne etwas Neues. Wir brauchen gar keine Begründung mehr dafür, es reicht zu sagen, wir wollen das Gleichheitsprinzip.

³⁹ Singer, Peter, All Animals are Equal, in: Ethics in Practice, 116-126.

6.2. Die moralische Gemeinschaft⁴⁰

Da Tiere über ihr Leben nicht nachdenken können und zu keinen qualitativen Assessments kommen, hat ihr Leben auch keinen intrinsischen Wert, da Werte um ihrer selbst Willen nur von reflexionsfähigen Wesen erkannt werden können.

Eine moralische Gemeinschaft ist eine Gemeinschaft, deren Mitglieder bestimmte Eigenschaften teilen und sich verantwortlich fühlen, bestimmte Regeln im Verhalten gegeneinander einzuhalten, da die Mitglieder einander alle ähnlich sind.

Anerkenne ich diese Eigenschaften in anderen und trage für sie Sorge, dann bin ich sogar eine Person.

Moralische Verpflichtungen und Rechte gibt es nur innerhalb einer moralischen Gemeinschaft.

Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben, Freiheit und die Verfolgung seines Glücks.

Mit diesen unveräußerbaren Rechten sind alle Menschen von ihrem Schöpfer gleich ausgestattet worden (wie z.B. in der Declaration of Independence und der Bill of Rights). Man braucht aber Gott nicht zu bemühen.

Tieren fehlt diese Qualifikation, einer moralischen Gemeinschaft anzugehören. Also haben sie auch keine Rechte. Tiere haben keine Autonomie.

Gleichfalls haben aber auch Kinder, geistig behinderte Menschen, senile, autistische und geistig kranke Menschen, Menschen mit Hirnschäden und ohne Bewusstsein keine Autonomie. Haben sie deshalb auch keine Rechte und haben wir ihnen gegenüber keine moralischen Verpflichtungen mehr?

Fox weitet unsere Verpflichtungen gegenüber diesen Menschen aus, da er unsere Sensibilität für sie als wichtig erachtet. Gleichzeitig hält er es für klug und vorsichtig, diese Menschen zu betreuen, da jeder von uns schnell in eine ähnliche Lage des Verlustes seiner Autonomie kommen kann.

6.3. Moralischer Anspruch, der Wert von Leben und der Speziismus⁴¹

Für Frey haben Tiere einen Anspruch, moralisch behandelt zu werden. Sie haben aber keine moralischen Rechte.

Frey will nun gegen den Vorwurf des Speziismus argumentieren. Dazu vergleicht er das menschliche Autonomiekonzept mit dem Tierleben.

Es geht dem Autor also nicht nur darum, die Tiere in der moralischen Gemeinschaft willkommen zu heißen. Er will über den Wert des Tierlebens selber nachdenken.

Deshalb ist unter bestimmten Bedingungen für ihn die Vivisektion gerechtfertigt, ebenso das Organexplantieren von Tieren.

Die Ansicht des Autors ist:

1. Tierleben hat einen Wert.
2. Nicht jedes Tierleben hat denselben Wert.
3. Menschenleben ist wertvoller als Tierleben.

⁴⁰ Fox, Michael, Allen, The Moral Community, in: Ethics in Practice, 127-138.

⁴¹ Frey, R., G., Moral Standing, the Value of Lives, and Speciesism, in: Ethics in Practice, 139-152.

Die Vertreter der Wert-Ungleichheitstheorie wenden sich entschieden gegen Grausamkeiten gegenüber Tieren wie gegenüber Menschen.

Die zentralen Punkte sind Schmerz und Leid. Auch nicht-autonomen Wesen tut Schmerz und Leid weh. Ob es jetzt in Tierexperimenten gerechtfertigt ist, dass Tiere Schmerzen leiden müssen, hängt von dem Gewinn ab, der aus dem Experiment folgt. Nur der Gewinn rechtfertigt die Zufügung von Schmerz. Der Zahnarzt ist hier das Beispiel. Warum nicht auch der Chirurg etc.? Wenn nun der Mensch aus dem Tierschmerz Nutzen zieht, dann ist das nur rechtfertigbar, wenn sein Leben mehr wert ist, als Tierleben.

Macht sich nicht jeder Mensch irgendwie Gedanken, wie er leben will? Ist es nicht geradezu eine Notwendigkeit für jeden Menschen, sein Leben zu organisieren und zu planen? Es gelingt nicht jedem Menschen gleich, weshalb wir auch sagen, dass nicht jeder ein gleich reiches Leben gelebt hat.

Warum sollen wir jetzt annehmen, dass den Tieren ein ähnlich reiches Leben wie den Menschen zuteil ist, wenn wir bei ihnen diese Lebensplanung, wie sie bei uns der Fall ist, nicht sehen?

Nach Frey handeln Tiere nicht. Natürlich hat Tierleben eine Qualität und einen Wert. Aber nicht die und den von Menschenleben.

Wenn wir aber den Wert und die Lebensqualitätsunterschiede zwischen Mensch und Tier als Kriterium für die unterschiedliche Behandlung heranziehen, müssen wir auch zugeben, dass es Menschen mit einer sehr eingeschränkten Lebensqualität gibt, z.B. Neugeborene ohne Gehirn oder retardierte AlzheimerpatientInnen. Deren Leben besäße dann einen geringeren Wert als das eines gesunden Tieres. Es gibt Menschen, die müssen unter einem Mangel an Lebensqualität leben, der niemandem zu wünschen ist. Hat deren Leben nicht einen geringeren Wert als das Leben von Menschen mit einem erfüllten Leben?

Der Preis der Mensch-Tier-Ungleichheitstheorie ist nun aber der, dass wir auch Menschenexperimente zulassen müssen. Denn es gibt Menschenleben mit geringem Wert.

Und dennoch ist diese Theorie eine indirekte Speziismus-Theorie, da sie von den Lebensqualitätskriterien der Menschen ausgeht.

6.4. In Verteidigung von Tierrechten⁴²

Rechte haben nur Personen, die sozusagen einen Rechtsvertrag miteinander geschlossen haben. Sie haben sich gegenseitig verpflichtet, ein Set von Regeln zu befolgen. Tiere können so etwas nicht. Daher haben sie höchstens indirekte Rechte. Nun gelten aber die Menschenrechte auch für Menschen, die nicht schreiben bzw. unterschreiben können. Soll es allein aus diesem Grund schon Tierrechte geben?

6.5. Lernen, die Tiere wieder zu sehen⁴³

Ich gebe die engagierten Überlegungen Glucks wider, der sich mit der Interaktion zwischen Forscher und Forschungsgegenstand im Tierexperiment auseinandersetzt.

⁴² Regan, Tom, The Case for Animal Rights, in: Ethics in Practice, 153-159.

⁴³ Gluck, John, P., Learning to See the Animals Again, in: Ethics in Practice, 160-167.

Wann wird aus einem Tier ein Objekt und ein Forschungsgegenstand? Wie reagiert der Forscher, wenn das Tier nicht mehr mitspielt? Werden die Essensrationen dann gekürzt? Und was mache ich dabei mit dem Tier? Versetze ich es in einen derart primitiven psychologischen Zustand, dass es nur gierig auf Futter ist? Ich nehme also das Tier aus dem Tier heraus und es ist klar, dass ich dann kein Tier mehr untersuchen kann.

Was wird aus dem Tier, wenn nur mehr das Ziel des Experimentes wichtig ist, aber nicht mehr das Tier als Individuum? Und wenn es kein Individuum mehr ist, dann werden auch keine ethischen Überlegungen mehr an es verschwendet.

Kann es auch sein, dass eine Testanordnung für ein Tier einfach keinen Sinn ergibt, dass es durchschaut, dass der Test Unsinn ist und der Forscher dies nur noch nicht erkannt hat, und dass das Tier in der Folge einfach verweigert, am Versuch teilzunehmen? Kann das Tier meine Versuchsanordnung nicht verstehen? Spreche ich die falsche Sprache oder verstehe ich meinerseits die Sprache der Tiere nicht und das, was sie mir sagen wollen?

Sehe ich die Dinge aus der Sicht der Tiere? Tue ich das nicht, dann behandle ich die Tiere schlecht und mache auch noch schlechte Wissenschaft. Anstelle zuzuhören konstruiere ich Vorgänge, die die normalen Verhaltensmuster der Tiere außer Kraft setzen.

Ein Tier ist einzigartig und es hat einen einzigartigen Platz auf dieser Welt und in dieser Welt. Es ist ein einzigartiger Teil dieses Ökosystems Welt. Und es hat seine Geschichte darin, es handelt und es handelt in der Evolution. Und die Tiere mit ihren Bedürfnissen zu respektieren, das führt zu einer besseren Wissenschaft. Wir entwickeln uns über die „Standardvorgehensweisen“ hinaus.

Haben Tiere moralische Rechte?

Legen Sie bitte Argumente pro und contra Tierrechte vor und kommen Sie zu einem moraltheologischen Urteil.