

**Im Geist der Liebe  
mit dem Leben umgehen**

**Argumentationshilfe für aktuelle  
medizin- und bioethische Fragen**

Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung  
der Evangelischen Kirche in Deutschland



---

## Inhalt

---

### **Vorwort**

### **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**

- 1 Rahmenbedingungen der aktuellen medizinethischen Fragestellungen
  - 1.1 Innovationen im Bereich der Medizin und Biologie
  - 1.2 Gesellschaftliche Erwartungen
  - 1.3 Rechtliche Maßstäbe
  - 1.4 Ethische Herausforderungen
- 2 Die christliche Sicht des Menschseins und des menschlichen Lebens
- 3 Konkrete Probleme am Anfang und am Ende menschlichen Lebens
  - 3.1 Lebensanfang
    - 3.1.1 Vorgeburtliche Diagnostik
      - 3.1.1.1 Pränataldiagnostik (PND)
      - 3.1.1.2 Präimplantationsdiagnostik (PID)
    - 3.1.2 Nutzung embryonaler Stammzellen
      - 3.1.2.1 Nutzung „überzähliger“ Embryonen aus der In-vitro-Fertilisation
      - 3.1.2.2 Das reproduktive und das so genannte therapeutische Klonen
  - 3.2 Lebensende
- 4 Medizin und Gesundheitswesen im Dienst des Menschen
- 5 Gemeinsamkeiten trotz bestehender Dissense

- 5.1 Dissense
- 5.2 Gemeinsamkeiten
  - 5.2.1 Wechselseitige Anerkennung
  - 5.2.2 Besonnenheit und Vorsicht
  - 5.2.3 Vermittlung von Differenzierungen
  - 5.2.4 Unterscheidung verschiedener Perspektiven
  - 5.2.5 Achtung der Menschenwürde und Embryonenschutz
  - 5.2.6 Keine Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken
  - 5.2.7 Ablehnung des reproduktiven Klonens
  - 5.2.8 Aufmerksamkeit für die menschlichen Beziehungen
  - 5.2.9 Der Geist der Liebe

## **Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung**

---

## Vorwort

---

Sehr spät, zu spät sind in den vergangenen zwei Jahren medizin- und bioethische Fragen in den Mittelpunkt des politischen und öffentlichen Interesses gerückt. Doch schon mit der Entwicklung und Anwendung der In-vitro-Fertilisation vor etwa zwei Jahrzehnten war das Problem des Umgangs mit menschlichen Embryonen gestellt. Denn die extrakorporale Befruchtung bringt es mit sich, dass Embryonen außerhalb des Mutterleibs verfügbar werden und im Labor dem Zugriff der Forschung ausgesetzt sind. Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) hat sich zu diesen Fragen frühzeitig zu Wort gemeldet: 1985 mit dem Beitrag "Von der Würde werdenden Lebens", 1986 mit einer Stellungnahme zum Entwurf des Embryonenschutzgesetzes, 1987 mit der Kundgebung der Synode "Zur Achtung vor dem Leben" und 1989 in der ökumenischen Erklärung "Gott ist ein Freund des Lebens", die in evangelisch-katholischer Kooperation entstanden und von nahezu allen christlichen Kirchen in Deutschland angenommen worden ist. In der aktuellen bioethischen Debatte hat der Rat der EKD mehrmals Stellung bezogen und seine Position in den derzeit erörterten Streitfragen markiert: Er "tritt dafür ein, den Schutz menschlicher Embryonen auch weiterhin uneingeschränkt zu gewährleisten. Die Herstellung menschlicher embryonaler Stammzellen zu Forschungszwecken, die Freigabe der Herstellung embryonaler Stammzellen aus überzähligen Embryonen, aber auch die Präimplantationsdiagnostik sind damit nicht vereinbar" (so in der Erklärung vom 22. Mai 2001). Der Rat sieht es auch weiterhin als seine Aufgabe an, die Entwicklung in Biologie und Medizin aufmerksam zu begleiten und auf der Grundlage der gewonnenen Grundsätze Orientierungspunkte für die ethische Urteilsbildung zu formulieren.

Mit diesem Heft wird das Ergebnis der Arbeit der Kammer für Öffentliche Verantwortung vorgelegt. Es geht zurück auf einen Auftrag des Rates vom Frühjahr 1998. Ihm war daran gelegen, dass sich die EKD an der Diskussion der medizin- und bioethischen Fragen nicht allein mit aktuellen Erklärungen beteiligt, sondern auch mit einem Beitrag, der langfristig vorbereitet wird und aus der Arbeit eines sowohl interdisziplinär als auch kontrovers zusammengesetzten Gremiums hervorgeht. Der Rat dankt der Kammer und ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Wilfried Härle für die Sorgfalt und den langen Atem, die das jetzt zur Veröffentlichung anstehende Ergebnis hervorgebracht haben.

Der Text der Kammer enthält wichtige Klärungen und weiterführende Einsichten, die es verdienen, in der bioethischen Debatte berücksichtigt und zur Geltung gebracht zu werden. Der Kammer war es allerdings nicht möglich, in allen Punkten zu einer einmütigen, gemeinsam getragenen Position zu kommen. Wo der Dissens nicht überbrückt werden konnte, werden die unterschiedlichen Argumentationslinien nebeneinander dargestellt. Die Kammer hat, wie sie selbst formuliert, "diese Form der Darstellung ihrer Arbeitsergebnisse gewählt, um die bestehenden Dissense nicht zu verschleiern, sondern durchsichtig zu machen und um damit einen Beitrag zu einer möglichst offenen argumentativen Auseinandersetzung innerhalb der evangelischen Kirche zu leisten" (S. 16).

Mit dieser Formulierung ist auch treffend beschrieben, aus welchen Gründen und mit welcher Absicht der Rat - obgleich er sich nur die eine der beiden dargestellten Argumentationslinien zu Eigen machen kann - einer Veröffentlichung des Textes zugestimmt hat. Der Rat trägt

seine Position in der bioethischen Debatte nicht mit dem Anspruch vor, abschließend darüber bestimmen zu können, was derzeit und künftig als evangelisch zu gelten habe. Er sieht sich durchaus verpflichtet, mit seinen öffentlichen Äußerungen den evangelischen Christen und der Öffentlichkeit insgesamt eine Hilfe zur ethischen Urteilsbildung zu geben und mit seiner Einrede die für Forschung und ihre politischen Bedingungen Verantwortlichen vor vor-schnellen Schritten zu bewahren. Vollzogen werden kann die ethische Urteilsbildung aber nur in jener persönlichen Verantwortung vor Gott, in welche Christen ihr gesamtes Leben und Handeln gestellt sehen. Darum hat die protestantische Tradition immer nur in wenigen Fragen Eindeutigkeit oder gar Einstimmigkeit verlangt, nämlich in den Grundfragen des Glaubens, mit denen die Kirche steht oder fällt. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht nur legitim, sondern geradezu notwendig, dass die kontroversen Standpunkte innerhalb unserer Kirche klar ausgesprochen werden. Das schafft die Möglichkeit, den eigenen Standpunkt einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Denn wir sollen uns im Dissens nicht einrichten. Wir brauchen vielmehr dringend die Bereitschaft, aufeinander zu hören, und jedenfalls die ernsthafte Absicht, sich bei besserer Belehrung auch zu korrigieren.

Ein besonders wichtiger Dienst, den der Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung leistet, ist deshalb die Herausarbeitung der, wie das letzte Kapitel überschrieben ist, "Gemeinsamkeiten trotz bestehender Dissense". Die nicht überbrückten Dissense dürfen den Blick dafür nicht verstellen, wie gehaltvoll die Gemeinsamkeiten sind. Bei ihnen handelt es sich, um wieder die Kammer selbst zu zitieren, "nicht um Formelkompromisse, sondern um ... echte Übereinstimmungen in der Sache" (S. 42). Von besonderer Tragweite ist dabei der Punkt, dass Uneinigkeit über den moralischen Status früher menschlicher Embryonen nicht automatisch zu weit voneinander abweichenden Auffassungen über den Umfang des Embryonenschutzes führt. Nach gemeinsamer Überzeugung der Kammer hat "die staatliche Verpflichtung auf den Schutz der Würde des Menschen auch einen objektiv-rechtlichen Charakter ..., der sich auf den Menschen als Gattungswesen und die für seinen Schutz notwendigen Vorkehrungen bezieht ... Auch wer sich nicht in der Lage sieht, allen menschlichen Embryonen vom Zeitpunkt der Befruchtung der Eizelle an einen vollen Anspruch auf Schutz der Menschenwürde und Lebensschutz zuzugestehen, wird zu berücksichtigen haben, dass der Umgang mit diesen Embryonen und der Schutz der Menschenwürde in einem sachlichen Zusammenhang stehen" (S. 45).

Hannover, den 1. August 2002

Präses Manfred Kock  
Vorsitzender des Rates der  
Evangelischen Kirche in Deutschland

---

## **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**

### **Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen**

---

Am 30. Januar 2002 und am 25. April 2002 hat der Deutsche Bundestag nach einer langanhaltenden und breit geführten öffentlichen Auseinandersetzung und nach einem intensiven parlamentarischen Diskussionsprozess eine Grundsatzentscheidung zur Frage der Zulässigkeit der Forschung an embryonalen Stammzellen in der Bundesrepublik Deutschland gefällt und ihr Gesetzesform gegeben. Diese Entscheidung stellt einen von einer Mehrheit des Bundestages quer durch alle Parteien getragenen Kompromiss dar, der Zweierlei zu verbinden versucht: das Nein zur Tötung von Embryonen für Forschungszwecke und die Ermöglichung der Forschung an embryonalen Stammzellen. Dieser Kompromiss wurde dadurch erreicht, dass nur embryonale Stammzellen für die Forschung zugelassen werden, die bereits vor dem 1. Januar 2002 gewonnen worden waren.<sup>1</sup>

Dieser Beschluss und die ihm folgende Gesetzgebung haben die öffentliche Diskussion über die Stammzellforschung nicht beendet. Das hat unterschiedliche, teilweise einander entgegengesetzte Gründe. Für diejenigen, die aus ethischen Gründen die Zulassung der Forschung an embryonalen Stammzellen grundsätzlich ablehnen,<sup>2</sup> geht der gefundene Kompromiss zu weit. Manchen Befürwortern der Stammzellforschung geht diese Lösung hingegen nicht weit genug, weil sie mit zu vielen Einschränkungen und Bedingungen verbunden ist. Wieder andere halten den Kompromiss für in sich widersprüchlich und darum für ethisch problematisch, weil durch ihn die Tötung von Embryonen zwar abgelehnt, deren Resultat aber für Forschungszwecke in Anspruch genommen wird.

Auch wer der Auffassung ist, dass der Bundestagsbeschluss vom 30. Januar 2002 samt seiner rechtlichen Umsetzung einen ethisch akzeptablen Kompromiss darstellt, wird schwerlich behaupten können, dass die ihm zugrunde liegenden Kontroversen und Wertekonflikte damit beendet und zu einem befriedigenden Abschluss gebracht worden seien. Die Grundfragen nach dem Beginn des Menschseins und nach dem Status von Embryonen, nach dem Verhältnis von Lebensschutz und medizinischer Forschung, nach dem Schutzniveau für Embryonen in utero und in vitro sowie eine Vielzahl anderer medizinethischer Probleme sind nach wie vor in unserer Gesellschaft und auch in unserer Kirche umstritten.

Der Entscheidungsprozess, der zum Stammzellengesetz führte, hat in mehrfacher Hinsicht exemplarischen Charakter:

- Entwicklungsschübe in Biotechnologie und Medizin nötigen immer öfter zu einer Urteilsbildung über Leben und Tod, die in dieser Intensität bislang kaum Gegenstand politischer Entscheidungsprozesse war.

---

<sup>1</sup> Außerdem sind eine Reihe weiterer Bedingungen mit einschränkendem Charakter Bestandteil dieses Kompromissbeschlusses.

<sup>2</sup> Dies war und ist nicht nur die Position einer starken, ebenfalls parteiübergreifenden Minderheit im Deutschen Bundestag, sondern ist auch die Position des Rates der EKD und der deutschen römisch-katholischen Bischofskonferenz.

- Die Entscheidungen müssen getroffen werden in einem Gemeinwesen, das in sich pluralistisch ist und eingebunden in internationale Zusammenhänge.
- An den Einzelfragen brechen religiöse und weltanschauliche Überzeugungskonflikte auf. In dieser Situation müssen die Werte, auf denen unser Zusammenleben basiert, sich neu bewähren.

Die Kammer für Öffentliche Verantwortung legt in dieser Diskussionssituation dem Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland auftragsgemäß ihr Votum zu medizinethischen Fragen im Umgang mit dem menschlichen Leben vor. Sie hofft, damit einen Beitrag zu einer differenzierten Fortsetzung dieser Diskussion zu leisten, auch wenn (und gerade weil) sie dazu zwar reflektierte evangelische Auffassungen vorlegt, aber keine abschließenden Lösungen anbieten kann.

## **1 Rahmenbedingungen der aktuellen medizinethischen Fragestellungen**

Die Beschäftigung mit den medizinethischen Fragen im Umgang mit menschlichem Leben darf die wissenschaftlichen (1.1), gesellschaftlichen (1.2) und rechtlichen (1.3) Rahmenbedingungen nicht außer Acht lassen, die zum angemessenen Verstehen dieser Problemstellungen hinzugehören. Sie sollen daher vor der Darstellung der mit ihnen verbundenen ethischen Herausforderungen (1.4) einleitend skizziert werden.

### **1.1 Innovationen im Bereich der Medizin und Biologie**

Die medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung haben in einem für frühere Zeiten unvorstellbaren Maße zugenommen. Viele Krankheiten, deren Verlauf einst nur als Schicksal hingenommen werden konnte, stellen – zumindest in den reichen Staaten – kaum mehr eine Bedrohung dar. Andere Krankheiten können gelindert, erträglicher gemacht oder in ihren lebensbedrohlichen Auswirkungen eingeschränkt werden. Diese Erweiterungen des menschlichen Wissens in der Medizin und Biologie haben zu einer beträchtlichen Steigerung der menschlichen Lebenserwartung geführt. Durch die technische Weiterentwicklung in der klinischen Medizin ergeben sich neuartige Perspektiven und Fragestellungen, die den Umgang mit Krankheit und Sterben wesentlich beeinflussen. Beispielsweise führen intensivmedizinische Maßnahmen, die das Überleben Schwerstkranker ermöglichen, unweigerlich zu einem neuen Nachdenken über den Umgang mit Sterben, Tod und über die Begrenztheit menschlichen Lebens. Dabei steht der Wunsch nach einem friedlichen Sterbeverlauf häufig im Konflikt mit der Möglichkeit, durch den Einsatz neuer Techniken Leben auch dort noch zu verlängern, wo dies von den Betroffenen als qualvoll und sinnlos empfunden wird.

Durch die künstliche Befruchtung in Form der In-vitro-Fertilisation haben sich völlig neue Aspekte im Blick auf den Beginn des menschlichen Lebens ergeben. Menschen, die früher auf leibliche Nachkommen verzichten mussten, kann nun mittels dieser Technik in vielen Fällen zu eigenen Kindern verholfen werden. Die dazu nötigen medizinischen Eingriffe in den Organismus der Frau sind zwar aufwändig und für die Frau in vielen Fällen sehr belastend, aber trotzdem ist dies eine gerne in Anspruch genommene Möglichkeit, den Wunsch nach eigenen leiblichen Kindern zu erfüllen. Damit wird der Beginn menschlichen Lebens aber nicht nur vom personalen Zeugungs- und Empfängnisgeschehen getrennt, sondern insgesamt aus seinem natürlichen Zusammenhang (in utero) herausgelöst. Er wird dadurch beobachtbar, beeinflussbar und manipulierbar. Es erfordert nun eine eigene Entscheidung und einen eigenen technischen Vorgang, die befruchtete Eizelle in den Uterus



einzupflanzen. Damit entsteht zumindest die Frage, was mit Embryonen geschehen darf oder zu geschehen hat, die aus irgendwelchen Gründen nicht implantiert werden können oder sollen. Schon jetzt ist damit das Geschehen um den Lebensbeginn in einem bislang unbekanntem Maß in den Entscheidungs- und Eingriffsbereich menschlichen Handelns gerückt. Das würde sich durch das Bestreben, einen künstlichen Uterus zu entwickeln, und die damit beabsichtigte Ermöglichung einer vollständig extrakorporalen Schwangerschaft noch einmal verstärken und erheblich ausweiten. Dabei ist bislang naturgemäß nicht abzusehen, was dies für ein so entstehendes Kind und für seine Eltern sowie für das Verständnis von Schwangerschaft und Geburt insgesamt bedeuten wird oder bedeuten würde.

Die Genetik hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer Leitwissenschaft entwickelt. Sie prägt derzeit nicht nur die naturwissenschaftliche und medizinische Forschung, sondern zunehmend auch die klinische Tätigkeit. Auch wenn heute schon häufig genetische Diagnostikverfahren – und in Einzelfällen Gentherapie – in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen angewendet werden, sind die Auswirkungen der detaillierten Entschlüsselung des menschlichen Genoms auf die Gesellschaft insgesamt und die Medizin im Besonderen derzeit nur in Ansätzen erahnbar. Es ist jedoch absehbar, dass mit dem größeren Verständnis für physiologische Vorgänge aus Sicht der Genetik grundlegende Fragen des gesellschaftlichen Umgangs miteinander, der Weiterentwicklung der Sozialsysteme, der unterschiedlichen Rechtsordnungen und der Medizin aufgeworfen werden. So wird beispielsweise die sich ausweitende prädiktive genetische Diagnostik, die individuelle Risikoangaben für unterschiedliche Krankheitsanlagen machen kann, Fragen nach der Definition von Krankheit und Gesundheit neu stellen. Die Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin mit ihren vielfältigen Möglichkeiten gibt im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik (im Folgenden: PID) und den Techniken des Klonens Anlass zu grundsätzlichen Überlegungen über zukünftige Bedingungen der menschlichen Fortpflanzung und der Generationenbildung.

In der Grundlagenforschung hat die Zellbiologie, insbesondere die Stammzellforschung, in den letzten Jahren eine zentrale Stellung eingenommen. Sie eröffnet die Möglichkeit, physiologische Vorgänge innerhalb einer Zelle, eines Zellverbandes oder gar die Entwicklung eines tierischen oder menschlichen Organismus in seinem Anfangsstadium zu verstehen und zu beeinflussen. Mit diesen Forschungen verbindet sich deshalb die Hoffnung, dass zukünftig Zellen zur Therapie bei bisher unheilbaren Erkrankungen eingesetzt und Gewebe oder Organe künstlich gezüchtet werden könnten. Wie weit die Chancen zur Realisierung reichen, ist derzeit noch nicht absehbar.

Die Forschungen sowohl in der Genetik als auch in der Biotechnologie sind eng verbunden mit unterschiedlichen und konkurrierenden wirtschaftlichen Interessen. Im Zeitalter der Globalisierung und der daraus folgenden engen internationalen Kooperation und Abhängigkeit hat sich mittlerweile ein neuartiges, fluktuierendes Zusammenspiel von Wissenschaft, wirtschaftlichen Interessen und neuer Informationstechnologie entwickelt, das zum Beispiel den Verlauf der Entschlüsselung des menschlichen Genoms und die Stammzellforschung prägt.

## **1.2 Gesellschaftliche Erwartungen**

Mit dem Fortschritt in Medizin und Biologie verbinden sich teilweise große Hoffnungen auf künftige Therapiemöglichkeiten für Krankheiten, die heute noch unheilbar sind. Es ist verständlich, wenn vor allem Menschen, die von solchen Krankheiten betroffen sind oder sich von ihnen bedroht fühlen, diese Hoffnungen hegen. Mehr noch: Auch aus der Sicht des christlichen Glaubens ist es geradezu geboten, neue, leistungsfähigere Therapiemöglichkeiten zu entwickeln und den Betroffenen zur Verfügung zu stellen. Zwar ist es richtig und

grundsätzlich auch den Betroffenen bewusst, dass neuere und bessere Therapien und sogar die Ausrottung bestimmter Krankheiten weder Krankheit als solche noch gar den Tod aus der Welt schaffen können. Aber das ändert nichts daran, dass die Heilung oder Linderung von Krankheiten einen erstrebenswerten Zugewinn an Lebensqualität bedeutet.

Problematisch werden solche Therapiehoffnungen freilich dann, wenn sie zu weit gehend sind oder wenn von ihrer Erfüllung anderes erwartet wird, als sie leisten können. Auch aus der Sicht der biotechnologischen und medizinischen Forschung wird gelegentlich auf potentielle Therapiechancen verwiesen, um die erforderlichen Forschungsspielräume und -mittel zur Verfügung gestellt zu bekommen. Andererseits wird aber auch deutlich vor überzogenen Erwartungen gewarnt, die individuell und gesamtgesellschaftlich enttäuscht werden können und dann leicht ins Gegenteil umschlagen.

Der medizinisch-biologische Fortschritt wird aber auch von Befürchtungen begleitet, dass das Geheimnis des Lebens verletzt oder das menschliche Dasein durch Übergriffe manipuliert und verfügbar gemacht werden könnte.

Die Ambivalenz solcher gesellschaftlicher Erwartungen ist teilweise geschichtlich begründet. So ist die Geschichte der Medizin auch und vorrangig eine Erfolgsgeschichte im Blick auf

- die Therapie und Behandlung auch von einst unheilbaren Krankheiten,
- Linderungen und Erleichterungen für kranke und behinderte Menschen und
- einen Beitrag zur beträchtlichen Erhöhung der menschlichen Lebenserwartung.

Dem stehen aber nicht selten gegenüber

- missbräuchliche, menschenverachtende Methoden medizinischer Forschung,
- unerwünschte Nebenwirkungen und andere Folgen medizinischer Behandlungsmethoden sowie
- die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, die gelegentlich als sinnlos, nur noch leidensverlängernd oder sogar als menschenunwürdig erlebt werden.

Die Ambivalenz der gesellschaftlichen Erwartungen im Blick auf den medizinischen Fortschritt kann aber teilweise auch erklärt und verstanden werden aus einer Angst vor dem Nicht-Planbaren, dem Schicksalhaften und Bedrohlichen des Lebens (einschließlich Krankheit, Behinderung und Tod). Die positiven gesellschaftlichen Erwartungen wären dann Ausdruck der Hoffnung auf Bändigung dieses bedrohlich Schicksalhaften und damit auf einen Zugewinn an souveräner Lebensgestaltung.

Umgekehrt ließen sich dann aber die Befürchtungen verstehen als Angst vor einer Bedrohung, die eben von diesen Errungenschaften für den Menschen ausgehen könnte, z. B. dort, wo er sie selbst nicht mehr durchschauen, kontrollieren und beherrschen kann und wo sie ohne oder sogar gegen sein Wissen und Wollen eingesetzt und angewandt werden. Ihre Zuspitzung erfährt diese Angst häufig im Blick auf das eigene Sterben. Viele Menschen fürchten, dann einer Medizin ausgeliefert zu sein, die ihr Sterben sinnlos verlängert und zur bloßen Qual werden lässt. Von daher erklärt sich auch die in unserer Gesellschaft verbreitete Forderung nach Legalisierung aktiver Euthanasie, die die Möglichkeit eröffnet, selbst über den Schlusspunkt des Lebens zu entscheiden und damit das Verfügungsrecht über das eigene Sterben zu erlangen.

Trotz der großen Fortschritte und Erweiterung ihrer Möglichkeiten kann die Medizin nicht immer das leisten, was von ihr erhofft wird. Das kann auch Folge dessen sein, dass die auf Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod gerichteten Erwartungen oft einen

unangemessenen Stellenwert haben. Darin scheint zum Ausdruck zu kommen, dass Gesundheit und Lebenserhaltung für viele Menschen zu *den* Höchstwerten geworden sind, von deren Erreichung und Erhaltung dann der Sinn des Daseins überhaupt abhängt. Damit wird *Heilungserwartung* faktisch zur (fehlgeleiteten) *Heilserwartung* und umgekehrt werden Krankheit und Tod zur absoluten Bedrohung und Infragestellung des menschlichen Daseins.

Demgegenüber ist für den christlichen Glauben die Unterscheidung zwischen dem irdischen Wohl und dem ewigen Heil wesentlich. Ohne eine solche Unterscheidung kann die Annahme und Verarbeitung der Endlichkeit des Daseins nicht gelingen, weil Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod dann den Charakter der radikalen Bedrohung und des totalen Sinnverlustes annehmen. Indem die christliche Kirche so unterscheidet, schätzt sie das irdische Wohlergehen nicht gering. Vielmehr wertet sie es als ein begrenztes, vorläufiges, zum Vergehen bestimmtes Gut. Und gerade das Wissen um die Begrenztheit und Endlichkeit macht dieses irdische Leben mit seinen Gütern wertvoll.

### 1.3 Rechtliche Maßstäbe

Zu den Rahmenbedingungen der Urteilsbildung im Bereich der aktuellen medizinethischen Fragestellungen gehören auch die rechtlichen Bestimmungen. Diese beziehen sich auf den Schutz menschlichen Lebens, aber auch auf die Freiheit der Forschung und die Unantastbarkeit der Würde des Menschen.

Forschung, die der Heilung von Krankheiten und der Linderung von krankheitsbedingtem Leiden dient, steht wie jede andere Forschung unter dem verfassungsrechtlichen Schutz der Forschungsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG). Dieses Grundrecht wird vorbehaltlos garantiert. Es kann daher nicht durch jede dem Gesetzgeber zweckmäßig erscheinende Regelung eingeschränkt werden, sondern nur dann, wenn hierdurch Rechtsgüter geschützt werden, die ihrerseits auf Grund der Wertentscheidungen des Grundgesetzes verfassungsrechtlichen Rang haben.

Dass es sich bei menschlichem Leben um ein höchstrangiges Rechtsgut handelt, ist allgemein anerkannt. Es ist durch Art. 2 Abs. 2 GG ausdrücklich unter den Schutz des Staates gestellt. Zwar erlaubt das Grundgesetz unter engsten Voraussetzungen auch gesetzliche Regelungen, die zur Gefährdung menschlichen Lebens führen können; doch ist anerkannt, dass dies nur dann geschehen darf, wenn anders Gefahren für anderes Leben nicht abgewendet werden können, wie etwa bei der Notwehr oder der Nothilfe. Solange die Forschung an menschlichen Embryonen nur die Chance auf verbesserte Heilmethoden eröffnet, aber offen bleibt, ob die hiermit verbundenen Hoffnungen gerechtfertigt sind, ob andere ethisch und rechtlich unproblematische Methoden nicht den gleichen Erfolg zu erreichen geeignet sind und wann die Anwendung neuer Heilmethoden möglich ist, ist die Vernichtung eines menschlichen Embryos auch zu hochrangigen Forschungszwecken nicht gerechtfertigt.

Freilich ist umstritten und auch durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts noch nicht abschließend geklärt, ob der menschliche Embryo schon vom Zeitpunkt der Befruchtung an unter den Schutz des Art. 2 Abs. 2 GG fällt. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen beiden Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch (1975 und 1993)<sup>3</sup> entschieden, dass dem nasciturus „jedenfalls vom Zeitpunkt der Nidation“ an der Schutz sowohl des Art. 2 Abs. 2 als auch des Art. 1 GG zukomme. Ob die Zeit von der Befruchtung bis zur Nidation unter dem gleichen Schutz steht, konnte in diesen Entscheidungen offen bleiben, die sich mit der Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Regelungen des

---

<sup>3</sup> BVerfGE 39, 1; 88, 203.

Schwangerschaftsabbruchs befassten. Doch gilt die Feststellung, es handele sich bei dem noch ungeborenen Leben „um individuelles, in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit bereits festgelegtes, nicht mehr teilbares Leben, das im Prozess des Wachsens und Sich-Entfaltens sich nicht erst zum Menschen, sondern als Mensch entwickelt“ (so in der Entscheidung von 1993)<sup>4</sup>, von der Logik dieser Argumentation her bereits für den Embryo von der Befruchtung an. Die Entscheidung von 1993 spricht auch davon, es müsse nicht entschieden werden, „ob, wie Erkenntnisse der medizinischen Anthropologie nahe legen, menschliches Leben bereits mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle entsteht“<sup>5</sup>.

Während das Gebot, menschliches Leben zu schützen, unter den dargelegten engsten Voraussetzungen einer Einschränkung zugänglich ist, duldet das grundlegende Gebot der Achtung und des Schutzes der Würde des Menschen (Art. 1 GG) weder eine Einschränkung noch eine Abwägung mit anderen noch so hochrangigen Rechtsgütern. In der Entscheidung von 1975 wird ausdrücklich gesagt, dass die Würde des Menschen jedem menschlichen Leben zukommt: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewusst ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen.“<sup>6</sup>

Nach der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts musste dabei nicht abschließend entschieden werden, von welchem Zeitpunkt an das menschliche Leben selbst schon Grundrechtsträger ist. Auch wenn dies zweifelhaft bleibt, gelten die Grundrechtsnormen, insbesondere auch die Art. 1 und 2 (Abs. 2) des Grundgesetzes, nicht nur als individuelle Berechtigungen, sondern als objektives Recht, d.h. als verfassungsrechtliche Grundentscheidungen für alle Bereiche des Rechts und als Richtlinien und Impulse für Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung. Ob und wieweit der Staat zum Schutz des werdenden Lebens verpflichtet ist, ergibt sich daher bereits aus den objektiv-rechtlichen Normen des Grundgesetzes.<sup>7</sup>

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen dem Embryo ein grundrechtlicher Schutzanspruch gegen eine verbrauchende Forschung zusteht, hat, wie dargestellt, auch das Bundesverfassungsgericht bisher ausdrücklich offen gelassen. Eine andere und darüber hinaus gehende Frage ist jedoch, ob es in einem Gemeinwesen, das die Achtung und den Schutz der Würde des Menschen zum obersten Leitprinzip allen Handelns gemacht hat, erlaubt sein darf, mit menschlichem Leben so wie mit einem anderen Gut zu verfahren. Über die Feststellung hinaus, dass durch die verbrauchende Forschung an Embryonen, die PID oder das „therapeutische“ Klonen beginnendes menschliches Leben vernichtet wird, muss geprüft werden, welche Folgewirkungen hieraus hinsichtlich der Würde des Menschen entstehen, auch soweit sie nicht beabsichtigt sind, sich aber unvermeidbar ergeben. Und es muss berücksichtigt werden, welche Grenzen im Umgang mit menschlichem Leben sich aus der Forderung ergeben, die Würde des Menschen zu wahren. „Menschenwürde ... ist nicht nur die individuelle Würde der jeweiligen Person, sondern die Würde des Menschen als Gattungswesen“<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> BVerfGE 88, 203 [251 f.]; 39, 1 [37].

<sup>5</sup> BVerfGE 88, 203 [251].

<sup>6</sup> BVerfGE 39, 1 [41].

<sup>7</sup> BVerfGE 39, 1 [41 f.].

<sup>8</sup> BVerfGE 87, 209 [228].

Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer sorgfältigen Prüfung auch und gerade der Folgewirkungen, welche die Anwendung der neuartigen Möglichkeiten der Biotechnologie und Medizin nicht nur für das hiervon betroffene individuelle Leben, sondern auch für den Menschen an sich haben müsste. Die künftig vielleicht möglichen Methoden des Eingriffs in die menschliche Keimbahn haben irreversible Auswirkungen für kommende Generationen, und es ist denkbar, dass sich negative Folgewirkungen erst zu einer Zeit ergeben, in der niemand mehr zur Verantwortung gezogen werden kann, der die Ursachen hierfür gesetzt hat. Bei der Anwendung einer neuen Technik kann erst die Zukunft „... erweisen, ob die Entscheidung für die Anwendung [der neuen Technik] mehr zum Nutzen oder zum Schaden gereichen wird“. Dies ist eine „notwendigerweise mit Ungewißheit belastete Situation“. „In einer Situation, in der vernünftige Zweifel möglich sind, ob Gefahren ... eintreten oder nicht eintreten werden, sind die staatlichen Organe ... aus ihrer verfassungsrechtlichen Pflicht, dem gemeinen Wohl zu dienen, insbesondere wegen der aus Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG folgenden objektiv-rechtlichen Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, die Würde des Menschen zu schützen, gehalten, alle Anstrengungen zu unternehmen, um mögliche Gefahren frühzeitig zu erkennen und ihnen mit den erforderlichen, verfassungsmäßigen Mitteln zu begegnen.“<sup>9</sup>

Der Gesetzgeber hat nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts einen Einschätzungsspielraum hinsichtlich der Folgen der von ihm erlassenen Regelungen. Diese Einschätzungsprärogative wird umso enger, je bedeutsamer die auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter sind. Bei menschlichem Leben handelt es sich in rechtlicher Hinsicht um einen „Höchstwert“, der besonders strenge Anforderungen an die Tätigkeit und Verpflichtung des Gesetzgebers stellt: Er kommt „seiner verfassungsrechtlichen Pflicht, dem gemeinen Wohl zu dienen, insbesondere wegen der aus Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG folgenden objektiv-rechtlichen Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, die Würde des Menschen zu schützen“, nur nach, wenn er „alle Anstrengungen“ unternimmt, „um mögliche Gefahren frühzeitig zu erkennen“.<sup>10</sup>

#### **1.4 Ethische Herausforderungen**

Der biomedizinische Fortschritt ist zu einer Quelle ständig neuer ethischer Beunruhigung geworden. Sie bezieht sich auf die Frage nach den Grenzen, die im Umgang mit menschlichem Leben zu respektieren sind. Dass es solche Grenzen gibt, wird von kaum jemandem bestritten. Umstritten ist, wie sie zu ziehen sind.

Die Verständigung über diese Frage ist aus mehreren Gründen schwierig. Ein Grund liegt in der Neuartigkeit der Probleme. Die Einstellung unserer Kultur dem menschlichen Leben gegenüber hat sich über einen langen Zeitraum hinweg entwickelt, während dessen man sich die heutigen medizinischen Möglichkeiten nicht hat vorstellen können. So lag die Möglichkeit extrakorporaler Befruchtung in der Vergangenheit außerhalb des Blickfelds der Ethik. Das erklärt einen Teil der heutigen Unsicherheit im ethischen Urteil.

Auch dort, wo man auf dem Hintergrund der gemeinsamen ethischen Tradition in den Grundsätzen übereinstimmt, kann strittig sein, wie sie auf die neuartigen Probleme zu beziehen sind. So kann Einigkeit darüber bestehen, dass den Menschen eine besondere Würde auszeichnet, und doch gleichzeitig Uneinigkeit, von welchem Zeitpunkt des menschlichen Lebens an diese Würde als gegeben vorauszusetzen ist und was diese Würde konkret bedeutet.

---

<sup>9</sup> BVerfGE 49, 89 [131 f.]

<sup>10</sup> BVerfGE 49, 89 [132].

Hinzu kommt, dass bei der ethischen Beurteilung unterschiedliche Gesichtspunkte unterschiedlich gewichtet werden. Während in einer Sichtweise eher die medizinischen Chancen und Risiken im Vordergrund stehen, ist eine andere Sichtweise geleitet von einer Auffassung des menschlichen Lebens, die mehr umfasst als nur das, was in medizinisch-biologischer Perspektive an ihm feststellbar ist. Die Auseinandersetzung um den so genannten „Status“ des Embryos betrifft dieses „Mehr“, das dieser über seine biologischen Eigenschaften hinaus ist.

Die Konsensfindung in ethischen Fragen der Medizin und Biologie wird auch dadurch erschwert, dass häufig Einschätzungen eine ausschlaggebende Rolle spielen, die sich nicht mit letzter Sicherheit treffen lassen und bei denen man mit guten Gründen unterschiedlicher Meinung sein kann. Teilweise geht es um Entscheidungen, bei denen jede Option mit einem Dilemma behaftet ist und bei denen nicht mit letzter Sicherheit auszumachen ist, welche das geringere Übel darstellt. Bei manchen anderen Problemen geht es nicht einfach um die Alternative zwischen richtig oder falsch, gut oder böse, sondern um Konflikte, für die eine Regelung gefunden werden muss und bei denen jede „Lösung“ moralische Skrupel auf sich ziehen kann. Schließlich spielen in vielen Fällen Zukunftserwartungen und Prognosen eine Rolle, die ihrer Natur nach mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sind.

Bei alledem ist mit zu bedenken, dass aus evangelischer Sicht zur ethischen Verantwortung die Sensibilität für die Individualität des Menschen und seine je besondere Situation gehört. Deshalb steht die evangelische Ethik in einem kritischen Verhältnis zu einer Prinzipienethik, die den einzelnen Menschen *ausschließlich* nach allgemeinen Regeln behandelt wissen will. Das schließt nicht aus, sondern sehr wohl ein, dass Normen und Regeln auch in der evangelischen Ethik eine wichtige Rolle spielen. Sie tun dies, insoweit sich das, was sie formulieren, im Sinne der Liebe als der christlichen Leitorientierung verstehen lässt. Doch weil Liebe auch an der Bedürftigkeit der Person in ihrer spezifischen Individualität orientiert ist, können solche Normen und Regeln unter dem Vorbehalt stehen, dass es Einzelfälle gibt, die nicht unter sie zu fassen sind und die möglicherweise überhaupt nicht nach Regeln behandelt werden können. Die ethische Tradition spricht diesbezüglich von „Einzelfallgerechtigkeit“ und stimmt darin weitgehend mit dem überlieferten Prinzip der „Billigkeit“ überein. Gerade die Medizinethik ist voll von Beispielen, die zeigen, wie problematisch ein rein prinzipienorientiertes Denken sein kann, das über den Einzelfall hinwegsieht.

Das heißt allerdings nicht, dass die evangelische Ethik sich nun umgekehrt einseitig zum Anwalt des Einzelfalls und der Grenzfälle machte. Einzelfallgerechtigkeit und Grenzfälle gibt es nur, wo es allgemeine Regeln gibt. Daher besteht die ethische Aufgabe zunächst darin zu verstehen, welche Regeln um der Liebe willen, d. h. im Interesse des Schutzes und der Förderung des Anderen auch in seiner Bedürftigkeit und Verletzlichkeit, Geltung besitzen und Beachtung verdienen. Aber es gehört sodann doch auch dazu, die Grenz- und Einzelfälle wahrzunehmen, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen. Solche Sensibilität fürs Individuelle ist ein wesentliches Merkmal einer Haltung, die im Christentum als Liebe beschrieben wird. Man kann diese Haltung aufgrund ihres Ursprungs im Geist Gottes auch als *Geist der Liebe* bezeichnen, der mit dem christlichen Glauben untrennbar verbunden ist.

Schon aufgrund der skizzierten Dialektik von Regelfall- und Einzelfallgerechtigkeit ist es nicht überraschend, wenn es in medizinethischen Fragen auch im Raum der Kirche unterschiedliche, einander widersprechende Auffassungen gibt. Solche ethischen Differenzen sind jedoch umso schwerer auszuhalten, je stärker sie die Grundfragen des Menschseins und die Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens berühren. Was Christenmenschen bei

diesen Fragen verbindet oder jedenfalls verbinden sollte, ist ihr Glaube und die darin begründete Sicht des Menschen und des menschlichen Lebens. Diese Sicht muss den Ausgangspunkt bilden für alle Überlegungen in dieser Sache. Unterschiede kann es gleichwohl in der Beurteilung medizinethischer Einzelfragen geben. Das macht das Ringen um größtmögliche Klarheit und Einmütigkeit in der ethischen Auseinandersetzung nicht überflüssig, sondern erfordert es – auch dort, wo diesem Ringen nur begrenzter Erfolg beschieden ist. Denn in evangelischer Perspektive hängt die Überzeugungskraft einer kirchlichen Verlautbarung davon ab, ob und in welchem Maße sie zu einer begründeten Urteilsbildung des Einzelnen beitragen und die dazu aus theologischer und kirchlicher Sicht relevanten Überlegungen und Argumente zur Verfügung stellen kann.

Die Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD hat dies bei ihrer eigenen Beschäftigung mit den ihr aufgetragenen Fragen der Medizin- und Bioethik auch selbst erfahren. Trotz intensiven Bemühens war es ihr nicht möglich, zu einer einmütigen, gemeinsam getragenen Position zu kommen. Diesem Dissens trägt die Kammer dadurch Rechnung, dass sie im Folgenden an verschiedenen Punkten unterschiedliche Argumentationslinien nebeneinander darstellt, die in den Diskussionen einander unüberbrückbar gegenüber standen und sich nicht miteinander verbinden ließen. Dabei bilden die Argumentationslinien insofern idealtypische Konstrukte, als sie jeweils in sich Facetten und Varianten aufweisen, die hier um der Übersichtlichkeit willen allenfalls angedeutet, aber nicht mit gleicher Deutlichkeit ausgeführt werden können wie die Hauptlinien. Es ist auch nicht so, dass sämtliche Kammermitglieder eindeutig und vollständig einer dieser beiden Argumentationslinien zustimmen.

Die Kammer hat diese Form der Darstellung ihrer Arbeitsergebnisse gewählt, um die bestehenden Dissense nicht zu verschleiern, sondern durchsichtig zu machen und um damit einen Beitrag zu einer möglichst offenen argumentativen Auseinandersetzung innerhalb der evangelischen Kirche zu leisten. Wenn am Ende des Textes gleichwohl der Versuch gemacht wird, Gemeinsamkeiten zu benennen, die trotz dieser Dissense bestehen, so dient dies nicht einer sachlich unbegründeten Harmonisierung, sondern dem Aufweis der tatsächlich bestehenden Übereinstimmungen, die weitere Bemühungen um eine gemeinsam getragene Position lohnend erscheinen lassen.

## **2 Die christliche Sicht des Menschseins und des menschlichen Lebens**

Zum christlichen Verständnis des Menschseins gehört die Gewissheit, dass die Menschwerdung des Menschen erst vollendet sein wird, wenn Gott ihn von den Toten auferwecken und verherrlichen wird zum ewigem Leben in seinem kommenden Reich. Was Gott derart vollenden will, steht von Anfang an und bis in den Tod hinein unter dem Schutz seiner schöpferischen Liebe. Der christliche Glaube nimmt deshalb bis zum letzten Atemzug den sich entwickelnden Menschen im Geist dieser Liebe wahr, der auch die ethischen Kontroversen über die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens bestimmen sollte.

Diese Frage nach der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien ist die Schlüsselfrage heutiger Medizinethik. Je nachdem, wie sie beantwortet wird, ergeben sich weitreichende Konsequenzen für die verschiedenen medizinethischen Problemfelder.

In christlicher Sicht hat der Mensch eine herausgehobene Stellung, die sein Leben von allen übrigen Formen des Lebens unterscheidet. Diese ist nicht in seinen biologischen

Eigenschaften begründet, sondern im Personsein des Menschen. Deshalb ist es notwendig, zwischen einer biologischen und einer personalen Perspektive auf das Menschsein zu unterscheiden.

In biologischer Perspektive lässt sich feststellen, ob bestimmte Zellen oder Organismen der Spezies „Mensch“ bzw. „Homo sapiens (sapiens)“ angehören. Ebenso lässt sich biologisch feststellen, in welcher Entwicklungsphase sie sich befinden. In keinem Fall kann aber in biologischer Perspektive das erfasst werden, was mit dem Ausdruck „Mensch als Person“ gemeint ist.

Diese Kennzeichnung erschließt sich erst in der darüber hinaus gehenden Perspektive personaler Kommunikation. In dieser personalen Perspektive haben wir nicht eine Sache vor uns, die sich definieren und einordnen und über die sich verfügen ließe, sondern eine Person, die für andere unverfügbar bleibt.

Alle Aussagen, die der Sphäre des Menschlichen eine besondere Auszeichnung zuerkennen – die Gottebenbildlichkeit, die Rechtfertigung des Sünders, das Gebot: „Du sollst nicht töten“ – , beziehen sich auf den Menschen als Person.

Das christliche Verständnis der Person unterscheidet sich dabei von einem anderen Verständnis, das in der heutigen medizinethischen Diskussion nicht selten vertreten wird. Diesem zufolge ist das Personsein in bestimmten Eigenschaften wie Bewusstsein oder dem Haben von Interessen begründet. Wesen, die über diese Eigenschaften nicht verfügen, sollen hiernach keine Personen sein. Das betrifft auch Menschen ohne Bewusstsein. Nach christlichem Verständnis gründet demgegenüber das Personsein nicht in Eigenschaften und Fähigkeiten, sondern in einem Anerkennungsverhältnis. Der Mensch verdankt sein Sein als Person der vorbehaltlosen Anerkennung durch Gott, die zur wechselseitigen Anerkennung der Menschen untereinander verpflichtet. Insbesondere evangelische Theologen betonen den relationalen Charakter der Person: Person ist jemand nur in Beziehung – grundlegend zu Gott, in Folge dessen auch zu seinen Mitmenschen und zu sich selbst. Daher ist eine Frage wie die, ob es sich bei vorgeburtlichem Leben um personales Leben handelt, recht begriffen eine Frage nach den Beziehungen, in die dieses Leben gestellt ist, und auch nach der Beziehung, in der wir selbst zu diesem Leben stehen. Die Vorstellung, dessen personaler Charakter ließe sich aufgrund biologischer Gegebenheiten an ihm selbst aufweisen, führt daher in die Irre.

Worin ist dann aber die Bezogenheit begründet, der personales Sein sich verdankt? Was verpflichtet dazu, in *jedem* Menschen eine Person zu sehen und anzuerkennen, und zwar auch in demjenigen, der sich von sich her nicht als solche erkennen zu geben vermag? In christlicher Sicht verdankt sich personales Sein der schöpferischen Kraft der Liebe Gottes, die sich den Menschen zum personalen Gegenüber erschafft, und zwar in jedem neuen Werden eines Menschen. Diese schöpferische Liebe Gottes liegt allen geschöpflichen Beziehungen voraus und zugrunde. Sie findet ihre Antwort und Entsprechung in dem Geist der Liebe, in dem Menschen sich aufeinander als Personen beziehen und einander als solche achten. In dieser zwischenmenschlichen Achtung findet einerseits die Würde des anderen Menschen Anerkennung, dem diese Achtung zuteil wird. Andererseits gehört es aber auch zu meiner eigenen Würde als Mensch, den anderen als Person anzuerkennen und zu achten. Menschen verletzen folglich nicht nur die fremde, sondern auch ihre eigene Würde, wenn sie dem Mitmenschen die Achtung schuldig bleiben oder verweigern, die ihm als Person zusteht. Personales Sein ist hiernach nicht so naturgegeben, wie dies die genetische Ausstattung des Menschen ist. Es verdankt sich einem Beziehungsgeschehen. Darin liegt zugleich seine mögliche Gefährdung. Zwar kann keinem Menschen sein Personsein genommen werden, da dieses in seiner vorbehaltlosen Anerkennung durch Gott gründet. Aber es kann ihm doch die



geschuldete Achtung als Person vorenthalten oder verweigert werden.

Zu solcher Achtung der Person gehört der Respekt vor der Tatsache, dass eine Person die Freiheit behalten muss, von sich aus mitzuteilen, wer sie ist, was sie will, was sie fühlt und wie sie etwas wahrnimmt. All das kann nicht von außen über sie verfügt werden. Insofern bleibt sie *als Person* der Fremdbestimmung von außen entzogen, und zwar auch dort, wo sie nie in ihrem bisherigen Leben sich ihrer selbst bewusst gewesen ist oder zu all dem hat äußern und ihrer Umgebung verständlich machen können. Das unterscheidet die Person eines Menschen von seinem Körper bzw. Organismus, der von außen an ihm wahrgenommen und beschrieben werden kann. Zur Achtung der Würde der Person gehört der Respekt vor deren Selbstbestimmung hinsichtlich dessen, was sie in ihrer spezifischen Individualität, ihrem Wollen, Fühlen und Denken ausmacht. Diese Selbstbestimmung schließt das Verhältnis zum eigenen Leib und den verantwortlichen Umgang mit ihm ein. Dieser Punkt ist von grundlegender Bedeutung für viele medizinethische Fragen.

Die ethischen Konsequenzen der christlichen Perspektive auf den Menschen und auf das menschliche Leben beschränken sich natürlich nicht auf den Bereich der Medizin. Vielmehr betreffen sie alle Lebensbereiche. In der gemeinsamen Erklärung der Kirchen von 1989 „Gott ist ein Freund des Lebens“ wird dies für die Bereiche Erziehung, Medien, Rechtsordnung, Forschung, Technik, Wirtschaft und Gesundheit verdeutlicht.<sup>11</sup> Demgegenüber konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf einige jener medizinethischen Fragen, die heute im Zentrum der öffentlichen Diskussion stehen.

Nicht übersehen werden sollte dabei eine gewisse Einseitigkeit in der öffentlichen Aufmerksamkeit und medizinethischen Sensibilität. Im Zentrum stehen gegenwärtig Fragen, die durch die Forschungen in Biologie und Medizin in den reichen Ländern aufgeworfen werden, wie z. B. der Status des menschlichen Embryos, die Fortpflanzungsmedizin, die Organtransplantation und die Sterbehilfe in ihren verschiedenen Formen. Das sind wichtige Fragen, die der Klärung bedürfen. Doch wenn gelten soll, dass alle Menschen an derselben Würde teilhaben und dass ihnen daher gleiches Recht auf Leben zukommt, dann müssten eigentlich auch die Fragen in der medizinethischen Diskussion einen hohen Stellenwert haben, die die Bekämpfung von Krankheit in den weniger entwickelten Ländern betreffen. Die Einseitigkeit, mit der die medizinische Forschung auf die Bedürfnisse der reichen Gesellschaften hin orientiert ist, ist ethisch problematisch. Aufgrund dieser Entwicklung sind wichtige ethische Herausforderungen in den Hintergrund der Diskussion getreten. Das wirft die grundsätzliche Frage auf, von wo aus und von wem die Tagesordnung der als ethisch relevant empfundenen Probleme bestimmt wird. Auf diese Problematik kann hier nur hingewiesen werden.

### **3 Konkrete Probleme am Anfang und am Ende menschlichen Lebens**

#### **3.1 Lebensanfang**

Die christlichen Kirchen haben sich stets für den besonderen Schutz eingesetzt, dessen das vorgeburtliche menschliche Leben bedarf. Mit den neuen biologischen und medizinischen Möglichkeiten ist eine enorme Ausweitung der Eingriffsmöglichkeiten in den Prozess der

---

<sup>11</sup> Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der ACK, Gütersloh 1989, 53-62.

Entstehung menschlichen Lebens verbunden. Dies macht es notwendig, Schutzbereich und Schutzniveau heutigen Kenntnissen entsprechend zu präzisieren.

Aus christlicher Sicht kann die schöpferische Liebe Gottes, der alle Menschen sich verdanken, nicht beschränkt werden auf bestimmte Entwicklungsformen und Reifungsgrade des menschlichen Lebens<sup>12</sup>, noch kann die Tatsache ignoriert werden, dass werdende Eltern (aber auch andere Angehörige wie Geschwister und Großeltern) oft schon vom ersten Anfang an eine intensive personale Beziehung zu dem sich entwickelnden Kind aufnehmen, was schon lange vor den ersten spürbaren Kindesbewegungen im Mutterleib z. B. durch Ultraschall-Aufnahmen auch sinnlich wahrnehmbare Formen annimmt.

Von daher besteht in der Kammer Einmütigkeit darüber, dass die Menschenwürde und der Lebensschutz, der dem Menschen fraglos zukommt, bis in die allerersten Anfänge des Menschseins reicht und einen ethischen Schutzanspruch begründet. Uneinigkeit besteht jedoch darüber, ob alle menschlichen Embryonen als Menschen zu verstehen sind und ihnen deshalb Würde und Lebensschutz in vollem Umfang zukommt.

Der gemeinsame Ausgangspunkt für alle Überlegungen zu dieser Problematik liegt in der Tatsache, dass in christlicher Sicht das menschliche Leben schutzwürdig ist als Leben eines einzelnen Menschen und als Teil der Menschheit. Damit wird die Frage wesentlich, ob man im Blick auf das vorgeburtliche Leben in seinen verschiedenen Phasen in diesem Sinne von einem Menschen sprechen kann. Das betrifft in besonderer Weise das embryonale Stadium an dessen Beginn.

Die entscheidende Frage ist, ob im Blick auf den menschlichen Embryo in jedem Fall unterstellt werden kann bzw. unterstellt werden muss, dass er Mensch ist. *Aus der hier dargelegten Perspektive des christlichen Glaubens ist es am angemessensten, im Blick auf den Embryo von einem sich (zur Geburt hin) entwickelnden Menschen<sup>13</sup> bzw., für den Fall der Mehrlingsbildung, von sich entwickelnden Menschen zu sprechen.* Diese Formulierung vermeidet eine Festlegung bezüglich des Zeitpunkts, von dem an von der individuellen Existenz eines Menschen auszugehen ist, und bezieht gleichwohl das gesamte embryonale Stadium in den Schutzbereich ein.

Von diesem gemeinsamen Ausgangspunkt her lassen sich unterschiedliche Schlussfolgerungen ziehen. Die Differenzen lassen sich auf dem Hintergrund der veränderten

<sup>12</sup> Dies kommt in zahlreichen biblischen Texten zum Ausdruck, z. B. Hi 31, 15; Ps 139, 13-16; Jes 44, 24; Jer 1, 5; Lk 2, 21, aber auch in der von Paul Gerhardt stammenden Liedstrophe: „Da ich noch nicht geboren war, da bist du mir geboren und hast mich dir zu eigen gar, eh ich dich kannt, erkoren. Eh ich durch deine Hand gemacht, da hast du schon bei dir bedacht, wie du mein wolltest werden“ (EG 37, 2).

<sup>13</sup> Die Rede vom ~~werdenden oder sich entwickelnden Menschen~~ (~~beide Formulierungen werden in diesem Text gleich bedeutende verwendet~~) ist zu unterscheiden von der Rede a) vom Individuum, b) vom zukünftigen Menschen, ~~sowie~~ c) vom potentiellen Menschen ~~sowie~~ d) vom werdenden Menschen. Gegen a) spricht, dass von einem Individuum nur bei gegebener numerischer Identität gesprochen werden kann. Diese ist beim Embryo vor der Nidation, bei dem noch Mehrlingsbildung möglich ist, nicht gegeben. Bei b) wird der Begriff ‚Mensch‘ gar nicht auf das gegenwärtige Stadium des Embryos bezogen. Deshalb lässt sich hier gar keine Schutzwürdigkeit des Embryos im Sinne der Erhaltung seines Lebens ableiten. Was c) betrifft, so ist auch hier der Mensch nur ein möglicher und erst ein in Zukunft ein wirklicher Mensch, und insofern ergeben sich dieselben Schwierigkeiten wie zuvor. Die Formulierung d) leidet insofern an einer Doppeldeutigkeit, als sie einerseits das Werden zum Menschsein, andererseits das Werden als Mensch bezeichnen kann. Nur die letztgenannte Auffassung ist aber mit der hier vertretenen Sichtweise vereinbar. So ergibt sich insgesamt, dass es der Schutzintention am angemessensten ist, wenn der Embryo als ein ~~werdender,~~ sich entwickelnder Mensch begriffen und bezeichnet wird.

Wahrnehmung<sup>14</sup> vorgeburtlichen Lebens begreiflich machen, welche mit den heutigen Reproduktionstechniken eingetreten ist. Bevor es diese Techniken gab, trat die Existenz eines neuen, sich entwickelnden Menschen mit der Schwangerschaft ins Blickfeld, d. h. in einer Phase, in der die Bedingungen für eine Entwicklung bis zur Geburt in der Regel gegeben waren. Der Status des Embryos war hier gleichsam durch den natürlichen Prozess vorgegeben. Das verändert sich mit der Anwendung der Reproduktionstechniken. Mit diesen rücken die Bedingungen dafür, ob ein Embryo sich zu einem vollentwickelten Menschen ausbilden kann, in den Entscheidungsbereich von Menschen, die die dafür erforderlichen Voraussetzungen schaffen oder vorenthalten können.

In dieser Situation stehen sich zwei Auffassungen gegenüber. Die eine hält entschieden daran fest, dass der menschliche Embryo menschlicher Verfügung entzogen und allem Entscheiden und Handeln verbindlich vorgegeben ist. Ihr zufolge handelt es sich bei jedem Embryo um einen sich entwickelnden Menschen, unabhängig von dessen tatsächlichen Entwicklungsmöglichkeiten. Vom Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle an ist demnach von der Entwicklung eines Menschen auszugehen. Diesem kommt, wie einem jeden Menschen, als einem Geschöpf der Liebe Gottes Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde zu. Das entscheidende Argument für diese Auffassung ist, dass es in der Entwicklung von der Keimzellenverschmelzung bis zum Ende der irdischen Existenz eines Menschen keine andere Zäsur gibt, die sich mit guten Gründen als Beginn des Menschseins verstehen ließe. Die einzigen dafür theoretisch in Frage kommenden und auch gegenwärtig diskutierten Einschnitte in der menschlichen Entwicklung, die Geburt und die Einnistung in die Gebärmutter, bilden nicht den Beginn des Menschseins, sondern sind nur Einschnitte *innerhalb* der Entwicklung *als* Mensch. Im Blick auf die Geburt ist dies offensichtlich durch die in der Regel schon bestehende biologische Lebensfähigkeit des Fötus unabhängig von der Mutter. Im Blick auf die Nidation ergibt es sich daraus, dass zwischen Zeugung und Einnistung zwar die Entscheidung über die *Anzahl* sich entwickelnder menschlicher Individuen und über die Chancen des Überlebens und der Entwicklung fällt, nicht jedoch über das Menschsein. Aufgrund seiner Teilhabe an der Menschenwürde darf der mit der Keimzellenverschmelzung entstehende, sich entwickelnde Mensch nie zum bloßen Objekt gemacht werden, sondern muss immer auch Selbstzweck bleiben. D.h. auch: Er ist Güterabwägungen zugunsten fremdnütziger Ziele entzogen.

Die andere Auffassung betont demgegenüber die konstitutive Bedeutung der Entwicklungsmöglichkeiten. Nach dieser Auffassung kann von einem sich entwickelnden Menschen nur gesprochen werden, wenn die äußeren Umstände für eine Entwicklung gegeben sind. Das vorgeburtliche Menschsein ist hiernach nicht bereits mit der Existenz des Embryos gegeben, sondern es stellt einen Entwicklungsprozess dar, für den die Interaktion des Embryos mit einer entsprechenden Umgebung konstitutiv ist, die dafür vorhanden sein muss. Nach dieser Auffassung verbinden wir gleichsam vom vorweggenommenen Ende dieses Prozesses her mit dem Embryo die an diesem selbst nicht aufweisbare Person, die im Verlauf der Schwangerschaft und dann definitiv mit der Geburt in Erscheinung treten wird. Voraussetzung hierfür ist, dass dieses Ende erwartbar ist, wenn auch diese Erwartung durch ein vorzeitiges Lebensende enttäuscht werden kann. Bei der Mehrzahl der Embryonen, die verschwenderisch auf natürlichem oder gezielt auf künstlichem Wege entstehen, kann davon nicht die Rede sein, weil die äußeren Bedingungen für eine Entwicklung, insbesondere die Einnistung in die Gebärmutter einer Frau, nicht gegeben sind. Im Blick auf alle diese

---

<sup>14</sup> Wenn hier und im folgenden von „Wahrnehmung“ die Rede ist, so ist damit nicht rein sinnliche Anschauung ohne begriffliche Deutung gemeint, sondern ein Gewahrwerden, das bereits sprachliche bzw. begriffliche Deutung und Erkenntnis einschließt.

Embryonen kann aus faktisch-empirischen Gründen nicht von sich entwickelnden Menschen gesprochen werden.

Während also für die erste Auffassung der Status als sich entwickelnder Mensch mit dem inhärenten Entwicklungsprozess des Embryos gegeben ist, macht die zweite Auffassung diesen Status von den äußeren Entwicklungsmöglichkeiten abhängig. Während es im ersten Fall das Datum der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle ist, von dem ab mit dem Gegenüber eines neuen, sich entwickelnden Menschen zu rechnen ist, ist es im zweiten Fall die von äußeren Bedingungen abhängige Entwicklung, die auf die Geburt dieses Menschen zuläuft und in deren Verlauf er in den gemeinsamen Lebenszusammenhang eintritt.

Beide Auffassungen haben ersichtlich ihre Probleme und fordern zu Rückfragen heraus. Im Blick auf die erste stellt sich die Frage, ob es wirklich plausibel ist, alle Embryonen, auch jene, bei denen es niemals zur Einnistung gekommen ist oder kommen wird, als sich entwickelnde Menschen mit Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde zu betrachten. Sie muss sich weiterhin fragen lassen, ob sie bereit ist, die praktischen Konsequenzen zu ziehen, die sich aus dieser Sicht zu ergeben scheinen: Zurückhaltung gegenüber nidationshemmenden Verhütungsmethoden sowie gegenüber der In-vitro-Fertilisation wegen derer Folgeprobleme; Lebensschutz für Embryonen von der Befruchtung an.

Die zweite Auffassung muss sich fragen lassen, ob sie nicht ungewollt einer fast unbegrenzten Verfügbarmachung und Verdinglichung menschlichen Lebens für technologische Zwecke Vorschub leistet. Wenn die technischen Arrangements so getroffen sind, dass kein Mensch entstehen kann; wenn also der schützende Status eines sich entwickelnden Menschen gezielt ausgeschlossen wird: Was spricht dann gegen die Erzeugung von Embryonen in vitro für die medizinische Forschung? Kommt auch im Blick auf die Embryonen, aus denen keine voll entwickelten Menschen entstehen, die theologische Einsicht zur Geltung, dass der Mensch sein Sein als Person der vorbehaltlosen Anerkennung durch *Gott* verdankt? Besteht hier nicht die Gefahr, dass von menschlicher Entscheidung abhängig gemacht wird, welche Embryonen als sich entwickelnde Menschen anerkannt werden und welche nicht?

Die Kammer ist sich einig in der dargestellten Diagnose des Problems, aber sie hat sich nicht auf eine gemeinsame Position in dieser Frage verständigen können. Die unterschiedlichen Sichtweisen kommen daher auch in den folgenden Erörterungen medizinethischer Einzelfragen zum Tragen.

Um das Gemeinsame noch einmal zu unterstreichen: Dieses liegt in der Intention, die Würde und das Leben eines jeden Menschen zu achten und zu schützen. Die Differenzen beziehen sich auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen im Blick auf den menschlichen Embryo von einem sich entwickelnden Menschen gesprochen werden kann. Aus der gemeinsamen Prämisse, dass jeder Mensch sein Sein als Person und seine darin liegende Würde der Anerkennung durch *Gott* verdankt, lässt sich offenbar nicht mit letztlich zwingenden und jedermann überzeugenden Gründen ableiten, ab wann und unter welchen Voraussetzungen im Blick auf den Lebensbeginn vom Leben eines Menschen gesprochen werden kann. Wohl aber besteht Einmütigkeit darüber, dass in der rückblickenden Betrachtung auf den Lebensanfang stets der personalen Würde des Menschen Rechnung zu tragen ist und dass alle Formen menschlichen Lebens, auch die frühesten, im Licht der schöpferischen Liebe Gottes wahrzunehmen sind. Schon der Umgang mit diesen Lebensformen erfordert daher den Geist der Liebe.

### 3.1.1 Vorgeburtliche Diagnostik

#### 3.1.1.1 Pränataldiagnostik (PND)

Vorgeburtliches menschliches Leben ist zu einem für die Medizin diagnostizierbaren und teilweise therapierbaren Gut geworden. Die seit einigen Jahrzehnten im klinischen Alltag verankerte vorgeburtliche Diagnostik wendet verschiedene Techniken an (nicht-invasiv: Ultraschall; invasiv: Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie; zusätzlich Hormonuntersuchungen im Blut). Die invasive Diagnostik wurde anfangs nur Schwangeren im Alter von mehr als 35 Jahren oder bei speziellen Indikationen angeboten. Es ist jedoch derzeit zu beobachten, dass das Spektrum vorgeburtlicher Untersuchungstechniken immer breiter wird und fast allen Frauen angeboten wird. Bei entsprechenden Befunden fällt die Entscheidung auf Grund der individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Schwangeren.

Die Techniken selbst können zunehmend früher im Verlauf der Schwangerschaft angewendet werden und sie liefern schneller ein Ergebnis. Mit diesen Möglichkeiten wird es für Schwangere und werdende Eltern immer schwerer, selbstbestimmt über die Inanspruchnahme der PND zu entscheiden oder auf dem Recht auf Nicht-Wissen zu bestehen. Werden die zukünftigen vorgeburtlichen Diagnostiktechniken in den Leistungskatalog der Krankenkassen übernommen, wird sich über das Angebot auch die Nachfrage erhöhen. Haftungsrechtliche Probleme, ökonomische Interessen und Sicherheitsbedürfnisse der Schwangeren spielen bei dieser Tendenz auf Mengenausweitung eng zusammen.

Aus christlicher Sicht kann es keinen Zweifel daran geben, dass das behinderte menschliche Leben denselben Anspruch auf Leben, Fürsorge und Zuwendung hat wie das nicht-behinderte. Deshalb darf die Geburt eines behinderten Kindes auch niemals ein (den Eltern) vorwerfbarer Sachverhalt sein oder werden. Auch diejenigen, die aus christlicher Sicht für die Einführung der PND plädieren, stimmen dem Gedanken zu, dass die Gottebenbildlichkeit und die personale Bezogenheit auf Gott einem jeden Menschen zukommen, unabhängig von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten. Dies gilt uneingeschränkt auch im Hinblick auf behinderte Menschen.

Insofern ist die Tatsache, dass die vorgeburtliche Diagnose einer Behinderung sehr häufig einen Schwangerschaftsabbruch nach sich zieht, als äußerst problematisch zu betrachten. Die gemeinsame Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“ stellte daher fest, dass die vorgeburtliche Diagnostik nur unter folgenden Bedingungen vertretbar ist: „Die Diagnose darf keine Routinemaßnahme werden. Sie darf nur auf Wunsch der Schwangeren durchgeführt und ihr nicht vom Arzt aufgedrängt werden. Sie ist nur berechtigt, wenn eine starke Beunruhigung der Schwangeren auf andere Weise nicht behoben werden kann.“<sup>15</sup> Faktisch ist es allerdings inzwischen so, dass die vorgeburtliche Diagnostik durchaus zu einer Routinemaßnahme geworden ist. Insbesondere die anderen, zusätzlich genannten Bedingungen sind damit keineswegs aufgehoben, sondern verdienen es erst recht, beachtet zu werden.

Werdende Eltern können sich durch die Vorstellung, ein behindertes Kind zu bekommen, überfordert fühlen und glauben, die innere Freiheit dazu nicht aufzubringen. Dies kann sie in einen schweren inneren Konflikt stürzen. Eine genetische und psychosoziale Beratung im Rahmen einer vorgeburtlichen Diagnostik bietet die Möglichkeit, sich über eigene Einstellungen eine gewisse Klarheit zu verschaffen und zu einer tragbaren Entscheidung zu kommen. Es gehört aber auch zu den Erfahrungen, die Eltern behinderter Kinder machen

---

<sup>15</sup> Gott ist ein Freund des Lebens, 100.

können, dass das Schockierende, das der Vorstellung einer Behinderung des eigenen Kindes anhaften kann, sich mit der Zuwendung zu dem behinderten Kind verliert. Eltern bei dieser Bewältigung zu helfen und sie zu unterstützen gehört zu den vorrangigen Aufgaben kirchlicher Seelsorge und Diakonie. Überdies stehen Kirche und Diakonie vor der Herausforderung, den Umgang mit der vorgeburtlichen Untersuchung innerhalb ihrer eigenen Einrichtungen kritisch zu reflektieren und sich ihrer besonderen Verantwortung bewusst zu sein.

Die Feststellung einer genetisch bedingten Erkrankung kann für sich genommen kein Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch sein. In der Öffentlichkeit wird demgegenüber häufig behauptet, eine durch PND festgestellte Behinderung des Embryos (oder Fötus) stelle nach geltendem Recht eine legale und damit auch gesellschaftlich anerkannte Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Wenn dies aber für den Embryo im Mutterleib gelte, müsse es auch für den Embryo in der Petrischale gelten; denn es könne nicht angehen, dass der Embryo in utero besser geschützt sei als der in vitro. Demgegenüber ist zunächst daran zu erinnern, dass die ursprünglich vom Gesetzgeber vorgesehene embryopathische Indikation insbesondere aufgrund der Stellungnahmen von Behindertenverbänden gestrichen wurde. Eine legale Abtreibung von genetisch erkrankten Embryonen oder Föten ist *nicht* möglich wegen deren zu erwartender Behinderung, sondern nur auf Grund einer Gefahr für das Leben oder den Gesundheitszustand der Schwangeren.

Die Erinnerung an diesen wichtigen Unterschied ist auch nötig im Blick auf die immer wieder anzutreffende Behauptung, der Schwangerschaftsabbruch werde auf Grund der derzeitigen Rechtslage in den ersten 12 Wochen ohne jede Indikation rechtlich akzeptiert. Tatsache ist vielmehr, dass ein solcher Schwangerschaftsabbruch *rechtswidrig* – also gerade nicht akzeptiert – ist, aber um des insgesamt erhofften besseren Lebensschutzes für Embryonen willen unter bestimmten Voraussetzungen straffrei bleibt.<sup>16</sup>

Wenn die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs bei schwerer Behinderung des Ungeborenen durch die Rechtsordnung eingeräumt wird, dann einzig im Hinblick auf die Tatsache, dass eine solche Schwangerschaft oder Geburt für die Mutter des behinderten Kindes eine schwere Beeinträchtigung oder Gefährdung ihrer physischen oder psychischen Gesundheit darstellen würde. Die Tatsache, dass werdende Eltern sich nicht im Stande sehen, ein behindertes Kind anzunehmen und aufzuziehen, rechtfertigt den Schwangerschaftsabbruch ethisch nicht, sondern qualifiziert ihn als eine Handlung in einer Dilemmasituation, die hinter dem eigentlich Aufgegebenen zurückbleibt.

Letztlich geht es um die Frage, ob Eltern ein behindertes Kind als eine ihnen hier und jetzt zuge dachte Aufgabe verstehen und annehmen können: es im Rahmen seiner Möglichkeiten zu fördern, es zu begleiten, ihm sein Leben so gut wie möglich zu gestalten. Es geht hier aus christlicher Sicht um mehr als nur um die Frage des Status des vorgeburtlichen Lebens. Es geht um die Art und Weise, wie wir unser eigenes Leben sehen: ob als etwas, das wir in jeder Hinsicht selbstbestimmt führen, in Absicherung gegen unvorhergesehene Risiken, die nicht zum eigenen Lebensplan passen; oder als etwas, worin wir uns auch führen lassen im

---

<sup>16</sup> Solche immer wieder anzutreffende Verzerrungen in der öffentlichen Wahrnehmung und Erinnerung müssen die Frage aufwerfen, welcher Grad an Differenziertheit in der Argumentation und Begründung im Blick auf solche grundlegenden Entscheidungen im Bewusstsein der gesellschaftlichen Öffentlichkeit auch bei intensiver Aufklärung präsent gehalten werden kann. Die Gefahr der Vergrößerung und Verzerrung muss offenbar bei solchen Entscheidungen und Regelungen mit in Rechnung gestellt werden (siehe dazu auch unten 5.2.3).

Vertrauen darauf, dass auch das Unvorhergesehene, auch das zunächst vielleicht Bestürzende und Belastende, einen Sinn und positive Lebensperspektiven für uns bereithalten kann.

### 3.1.1.2 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Voraussetzung für die PID ist die Durchführung einer künstlichen Befruchtung. Mit der Technik der PID werden in vitro befruchtete Eizellen nach den ersten Zellteilungen und vor dem Einsetzen in die Gebärmutter auf bestimmte genetische Erkrankungen untersucht. Liegt eine entsprechende Veränderung vor, werden betroffene Embryonen nicht übertragen, sondern nur diejenigen, bei denen die gesuchte Veränderung nicht gefunden wurde. Die PID gilt jedoch technisch als noch nicht verlässlich genug, so dass im Verlauf der individuellen Schwangerschaft in der Regel weitere vorgeburtliche Untersuchungstechniken angewendet werden.<sup>17</sup>

Eine diagnostische Variante und ethische Alternative zur PID, die Polkörperdiagnostik, untersucht sog. Polkörper, die bei zwei asymmetrischen Reifeteilungen einer Eizelle – vor und nach der Befruchtung - entstehen. Diese enthalten dasselbe genetische Material wie die Eizelle. Während in Deutschland die rechtliche Zulässigkeit der PID umstritten ist und sie derzeit nicht durchgeführt wird, ist die Polkörperdiagnostik rechtlich zulässig und wird vereinzelt im Rahmen von klinischen Studien angewendet.

Gestritten wird über die Frage, ob nicht dort, wo ein Paar aufgrund schwer wiegender genetischer Risikofaktoren sich nicht in der Lage sieht, ohne vorherige Diagnose eine Schwangerschaft einzugehen, zumindest in bestimmten Fällen die PID einer Diagnose während einer bereits bestehenden Schwangerschaft vorzuziehen ist. Das scheint sich vor allem dort nahe zu legen, wo eine prognostizierbare Wahrscheinlichkeit für eine erbliche Erkrankung gegeben ist und möglicherweise bereits ein Kind mit einer genetischen Erkrankung geboren wurde.

Für eine PID scheint auch zu sprechen, dass auf diese Weise möglicherweise ein Schwangerschaftskonflikt mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch vermieden werden kann.

Gleichwohl erheben sich gegen die PID jedenfalls in der gegenwärtigen Situation schwer wiegende ethische Bedenken. Sie beziehen sich aber auch auf die Frage der Vergleichbarkeit einer Verwerfung des in-vitro erzeugten Embryos aufgrund einer PID und eines Schwangerschaftsabbruchs. Mehrere Kammermitglieder sehen eine solche Vergleichbarkeit nicht gegeben, da die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs nur zu begründen ist mit der besonderen Konfliktlage, in der die Schwangere sich aufgrund der *leiblichen und seelischen Verbindung* mit dem sich entwickelnden menschlichen Wesen befindet, eine Verbindung, die andererseits dazu führen könnte, das Kind doch auszutragen. Diese besondere Konfliktlage ist im Falle der PID aber so nicht gegeben.

Andere Kammermitglieder sind demgegenüber der Auffassung, es gebe hier möglicherweise doch eine vergleichbare Konfliktlage, die daraus resultiert, dass zwar keine Schwangerschaft besteht, wohl aber eine „Mutterschaft“ bzw. „Elternschaft“<sup>18</sup> in einem extrakorporalen Frühstadium. Die Unfähigkeit, ein behindertes Kind zu akzeptieren, wäre also das

<sup>17</sup> Ungeklärt ist außerdem die Frage, ob bei der PID nur Embryonen mit der entsprechenden Erkrankung oder auch „gesunde“ Embryonen, die aber die Erkrankung später weitergeben können, selektiert werden sollen. Welche Folgen dies für Familien mit rezessiven genetischen Erkrankungen hätte, ist derzeit nicht absehbar.

<sup>18</sup> Die Tatsache, dass hier eine „Mutterschaft“ bzw. „Elternschaft“ ohne Schwangerschaft vorliegt, verweist einmal mehr auf die immensen sprachlichen Probleme, vor die uns die neuen medizinischen Möglichkeiten stellen.

Vergleichsmoment zum Schwangerschaftskonflikt, mit dem die Verwerfung eines Embryos aufgrund der PID allenfalls gerechtfertigt werden könnte. Dabei könnte es sich dann aber keinesfalls um die Analogie zu einem sog. „rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch“ nach § 218 a Abs. 1 StGB handeln, sondern nur zu einem Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a Abs. 2 StGB, also aufgrund einer Gefahr bzw. schweren Beeinträchtigung für Leben oder Gesundheit der Schwangeren.

Würde die Gesetzgebung die PID zulassen, so müsste sie zugleich erlauben, eine über die heute geltenden Regelungen hinausgehende Zahl von Embryonen künstlich zu erzeugen und unter diesen nur diejenigen auszuwählen, die sich nach ihrer Untersuchung als „gesund“ – also frei von dem Risiko bestimmter genetisch bedingter Erkrankungen – erweisen, die anderen aber zu vernichten oder auf unbestimmte Dauer aufzubewahren. Somit würde der Schutz des beginnenden menschlichen Lebens von vornherein auf „gesundes“ Leben beschränkt. Damit würde nicht nur, wie bei dem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation, eine der Mutter nicht zumutbare körperliche Notlage oder eine von ihr psychisch nicht zu bewältigende Konfliktlage anerkannt, sondern zugleich ein Recht eingeräumt auf Auswahl von Leben, das entweder als „lebenswert“ oder als „nicht lebenswert“ eingeschätzt würde. Dies wäre mit der gebotenen Achtung der Würde des Menschen – so wie dies oben dargelegt worden ist – unvereinbar.

Viele sehen in einer Ausweitung der vorgeburtlichen Diagnostik hin zur PID einen gefährlichen Schritt zur eugenischen Selektion menschlichen Lebens. Gerade in Deutschland wird diese Gefahr sehr stark empfunden. Das hat mit den nationalsozialistischen Unrechtstaten zu tun, die zu einer besonderen Sensibilität im Hinblick auf die Problematik der Eugenik geführt haben.

Bei der PID hat die Verpflichtung des Gesetzgebers, die Folgen dieser Methode zu erwägen, eine besondere Bedeutung. Die Frage, welche Erkrankungen die Verwerfung der hiervon betroffenen Embryonen rechtfertigen sollen, ist äußerst umstritten. Sie umfasst monogen vererbare und chromosomale Störungen mit sehr unterschiedlichem Schweregrad und Symptomen unterschiedlicher körperlicher oder geistiger Behinderung. Die Gefahr liegt nahe, dass sich die Indikationen zur PID immer weiter ausdehnen werden und aller Voraussicht nach nicht auf schwer wiegende Erkrankungen beschränkt werden können.

Die PID hätte heute noch nicht abschließend einzuschätzende, aber jedenfalls unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Würde des Menschen sehr ernstzunehmende Folgen. Hierzu gehört vor allem das Bedenken, dass menschliches Leben nur „auf Probe“ erzeugt und vor der Entscheidung, ob es sich entwickeln darf, einer Qualitätsprüfung unterzogen würde. Die Entwicklung könnte – so wird gelegentlich argumentiert – dazu führen, dass künftig die Geburt kranker und behinderter Kinder als vermeidbares Übel angesehen würde. Das darf keinesfalls geschehen.

Besteht bei einem Paar die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein krankes oder behindertes Kind geboren würde, so bleibt die Möglichkeit, dass das betroffene Paar auf ein eigenes leibliches Kind verzichtet. Dies erscheint als eine harte Konsequenz, und sie führt zu einem menschlich schmerzhaften Verzicht. Diese Möglichkeit wäre aber gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Vernichtung des Embryos, der durch Befruchtung in vitro entstanden ist, ethisch eindeutig vorzugswürdig. Die Erzeugung von Embryonen „auf Probe“ und die Vernichtung von Embryonen mit einer nachgewiesenen genetischen Erkrankung steht in klarer Spannung zur christlichen Wahrnehmung des vorgeburtlichen menschlichen Lebens.

### **3.1.2 Nutzung embryonaler Stammzellen**



Menschliche Stammzellen sind Zellen auf einer frühen Stufe der Entwicklung, d.h. in einem noch kaum differenzierten und nur wenig spezialisierten Stadium der Entwicklung. Sie können sich in verschiedene menschliche Gewebe und Organe weiterentwickeln.

Der embryonale Entwicklungsprozess beginnt im Stadium der Totipotenz, in dem die sich teilenden Zellen sich jeweils noch zu einem eigenen Menschen entwickeln könnten. Nach heutigen Kenntnissen sind die Zellen etwa ab dem 8-Zell-Stadium nicht mehr totipotent, d.h. sie beginnen sich auszudifferenzieren, um später in den einzelnen Organen des menschlichen Körpers spezielle Funktionen zu übernehmen.

Aus Stammzellen können Zelllinien gebildet werden, die eine unbegrenzte Vermehrung dieser Zellen ermöglichen. Man steht aber erst am Anfang der Charakterisierung der Stammzellen. Deshalb gibt es noch keine verbindliche Systematik. Derzeit werden unterschieden: Stammzellen, die auch noch in bereits ausgebildeten menschlichen Organen einschließlich dem Nabelschnurblut vorhanden sind (sog. adulte Stammzellen), von Stammzellen, die im Labor aus einer Blastozyste, d.h. aus einer einige Tage alten befruchteten Eizelle, gewonnen werden können (sog. embryonale Stammzellen). Dazwischen gibt es Übergangsstadien, deren Differenzierungsgrade derzeit wissenschaftlich untersucht und systematisiert werden.

Adulte Stammzellen hat man in den letzten Jahren in fast allen menschlichen Organen gefunden. Deren Funktion, Potentialität und evtl. therapeutischer Einsatz sind Gegenstand intensiver Forschungen. Besonderes Interesse haben jedoch die embryonalen Stammzellen gefunden. Man erhofft sich von ihrer Erforschung ein besseres Verständnis der zellulären Differenzierungs- und Entwicklungsprozesse. Möglicherweise ergeben sich daraus neue therapeutische Ansätze für bisher schlecht behandelbare oder unheilbare Erkrankungen.

### **3.1.2.1 Nutzung „überzähliger“ Embryonen<sup>19</sup> aus der In-vitro-Fertilisation**

Die Gewinnung von Stammzellen aus so genannten „überzähligen“ Embryonen ist in ethischer Hinsicht besonders umstritten. Auf der einen Seite stehen hochrangige therapeutische Ziele, deren Realisierbarkeit freilich beim jetzigen Stand der Forschung schwer einzuschätzen ist. Dem steht auf der anderen Seite das schwer wiegende Bedenken gegenüber, ob menschliche Embryonen als bloße Mittel für fremde Zwecke verbraucht und in diesem Sinne instrumentalisiert werden dürfen.

Wer der Auffassung ist, dass alle Embryonen unabhängig von ihren Entwicklungsmöglichkeiten als sich entwickelnde Menschen, die mit Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde begabt sind, anzusehen und zu behandeln sind, muss die verbrauchende Nutzung von Embryonen für die Gewinnung von Stammzellen ablehnen. Da nach dieser Auffassung allen Embryonen gegenüber eine Pflicht zur Lebenserhaltung besteht, ist zu erwägen, „überzählige“ Embryonen aus der In-vitro-Fertilisation zur Adoption freizugeben.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Obwohl das Embryonenschutzgesetz vorschreibt, dass nicht mehr Eizellen in vitro befruchtet werden dürfen, als dann auch implantiert werden (sollen), treten gelegentlich zwischen künstlicher Befruchtung und Implantation Ereignisse ein, die eine Implantation (vorerst) verhindern. Die auf diese Weise übrig bleibenden Embryonen werden kryokonserviert. Man bezeichnet sie als „überzählige“ Embryonen. Auf Grund der strengen Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes gibt es davon zur Zeit in Deutschland nur etwa 60. In anderen Ländern existieren jedoch auf Grund einer anderen Rechtslage und Praxis zehntausende solcher „überzähliger“ Embryonen.

<sup>20</sup> Auch eine solche Freigabe zur Adoption enthielte freilich noch zu klärende Probleme. So wäre die Freigabe zur Adoption seitens der Eltern, von denen die Ei- und Samenzelle stammen, eine zwingende, rechtlich eindeutig zu regelnde Voraussetzung. Ferner wäre zu bedenken, was es bedeutet, dass solchermaßen entstehende Kinder zumindest zwei biologische Mütter hätten: eine, von der die Eizelle stammt, und eine, die das Kind austrägt und gebiert. Schließlich ist zu bedenken, dass angesichts der weltweit existierenden Zahlen

Das gilt allerdings nicht für solche Embryonen, die – z. B. aufgrund langer Aufbewahrung – geschädigt sind und daher aus medizinischen Gründen nicht für eine Implantation in Betracht kommen. Doch dürfen auch diese Embryonen nicht zu bloßen Objekten gemacht werden. Dies entzieht sie jeglicher Güterabwägung zugunsten fremdnütziger Ziele. Es erlaubt aber, solche Embryonen absterben zu lassen.

Zu einem anderen Urteil gelangt man, wenn man der Auffassung ist, dass erst bei einer tatsächlich stattfindenden Entwicklung, d. h. unter der Voraussetzung entsprechender Entwicklungsmöglichkeiten von einem sich entwickelnden Menschen gesprochen werden kann. Nach dieser Sicht sind Prädikate wie Gottebenbildlichkeit oder Menschenwürde auf solche Embryonen nicht übertragbar, da es sich nicht um sich entwickelnde Menschen handelt. Daher stehen in dieser Sicht der Verwendung solcher Embryonen für die Gewinnung von Stammzellen keine unüberwindlichen Hindernisse entgegen. Das gilt insbesondere für diejenigen Embryonen, die aus medizinischen Gründen für eine Implantation nicht in Betracht kommen.

Die Kammer hat sich in dieser Frage nicht auf eine gemeinsame Position verständigen können. Einigkeit besteht jedoch darin, dass die *Herstellung* von Embryonen in vitro für Zwecke der Forschung und Therapie strikt untersagt bleiben muss. Diese Forderung ergibt sich unmittelbar aus der ersten Auffassung, nach der ein Embryo nicht als bloßes Mittel für fremde Zwecke gebraucht werden darf. Aber auch die zweite Auffassung bedeutet nicht einen Freibrief für den Umgang mit Embryonen. Zwar ist mit den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin die „natürliche“ Entstehungsweise menschlichen Lebens in den Bereich menschlicher Verfügung gerückt. Doch bedeutet das nicht, dass auch die Ziele, die dabei verfolgt werden, menschlicher Verfügung freigestellt sind. Diesbezüglich ist die Perspektive wesentlich, unter welcher der Vorgang der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle betrachtet wird. Man kann diesen Vorgang in einer rein biologischen Perspektive betrachten als Entstehung menschlichen *Lebens*. Man kann ihn aber auch als den natürlichen Beginn des *Menschen* betrachten, als Anfang jenes Werdeprozesses, mit dem ein Mensch ins Dasein tritt. Im zweiten Fall rückt der Vorgang in eine personale Perspektive, auch wenn dabei das Gegenüber unbestimmt und im Verborgenen bleibt. Wird der Vorgang in dieser Perspektive betrachtet, als Anfang des Werdeprozesses des Menschen, dann kann eine Verfügbarmachung für andere Zwecke als allein den, einem Menschen zur Existenz zu verhelfen, nicht in Betracht kommen. Die Erzeugung von menschlichen Embryonen in vitro für Zwecke der Forschung und Therapie scheidet wegen der einseitig biologischen Betrachtungsweise, die dabei leitend ist, als mögliche Option aus. Denn eine solche Reduktion der vorgeburtlichen Lebensprozesse auf deren rein biologische Aspekte enthielte ein Gefährdungspotential im Blick auf den Gedanken der Menschenwürde und ist deshalb nicht zustimmungsfähig.

### 3.1.2.2 Das reproduktive und das so genannte therapeutische Klonen<sup>21</sup>

Als ein weiterer Weg zur Gewinnung embryonaler Stammzellen als Zell- oder Gewebeersatz wird das so genannte therapeutische Klonen diskutiert. Bei diesem Verfahren wird – nach der

---

„überzähliger“ Embryonen (s. o. Anm. 19) die Freigabe zur Adoption keine umfassende Lösung des Problems darstellen könnte. Nicht mitgerechnet sind dabei bisher die vielen im Vorkernstadium aufbewahrten Gameten.

<sup>21</sup> Von *sog.* therapeutischem Klonen oder von „therapeutischem“ Klonen (mit Anführungszeichen) ist deswegen die Rede, weil diese Form des Klonens zwar therapeutische Zwecke verfolgt, aber nicht selbst therapeutisch ist. Deswegen ist es in der allgemeinen Diskussion üblich geworden, die Rede vom therapeutischen Klonen durch diese Zusätze zu problematisieren. Ohne diese Hinzufügungen müsste man den Ausdruck als euphemistisch oder irreführend bezeichnen.

„Dolly-Methode“ – der Kern einer körpereigenen Zelle des Patienten in eine entkernte Eizelle eingeführt und zum Wachstum stimuliert. Sofern dies gelingt, entsteht ein menschlicher Embryo, der dann in einer sehr frühen Entwicklungsphase für die Gewinnung von pluripotenten Stammzellen genutzt werden kann. Der große Vorteil dieser Gewinnungsmethode könnte darin bestehen, dass keine Verträglichkeits- bzw. Abstoßungsprobleme auftauchen, da es sich um körpereigene Zellen des Patienten handelt.

Die Klonierungstechnik ist jedoch, wie Tierversuche belegen, mit Risiken behaftet. Die physiologischen Mechanismen innerhalb des sich entwickelnden Organismus sind noch weithin unverstanden. Daher ist auch nicht mit einer klinischen Anwendung in absehbarer Zeit zu rechnen.

Die Klonierungstechnik hat das Bild biologischer Prozesse grundlegend verändert. Galt lange Zeit der Prozess der Entwicklung und Ausdifferenzierung als unumkehrbar, so wurde mit dem Klonen gezeigt, dass die Entwicklungsprozesse umkehrbar bzw. reprogrammierbar sind. Damit werden Abgrenzungen von Totipotenz und Pluripotenz unscharf. Die Technik des Klonens ermöglicht es, Prozesse der Entstehung von Leben zu stimulieren, ohne dass eine Verschmelzung von Ei- und Samenzelle nötig ist.

Die Klonierungstechnik kann zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden. Diese unterschiedlichen Zielsetzungen haben zur Unterscheidung von reproduktivem und therapeutischem Klonen geführt. Reproduktives Klonen zielt auf die Entstehung eines Menschen. Als therapeutisches Klonen wird eine Anwendung der Technik bezeichnet, die auf die Gewinnung von Zellen zielt, die zu medizinischen Zwecken (Gewebeersatz) dienen. In beiden Fällen handelt es sich jedoch um dieselbe Technik.

Das reproduktive Klonen ist mit einer Fülle von medizinischen Unwägbarkeiten und Risiken verbunden. So entstehen beim jetzigen Stand der Technik im Versuchsstadium eine große Zahl fehlgebildeter Embryonen und Föten, bevor auch nur *einer* lebensfähig und gesund ist. Im Blick auf die Erzeugung menschlicher Klone ist das eine inakzeptable Vorstellung. Sodann gibt es Indizien dafür, dass geklonte Lebewesen deutlich schneller altern als andere. Auch das müsste schon für sich genommen eine Klonierung von Menschen verbieten. Schließlich sprechen aber auch andere gravierende ethische Gründe gegen das reproduktive Klonen bei Menschen: Der Abkömmling ist zugleich Kind und genetischer Zwilling eines seiner beiden Elternteile, während er mit dem anderen Elternteil biologisch nicht verwandt ist. Was besagt das für das Selbstverständnis und die soziale Rolle eines so entstandenen Kindes – zumal dann, wenn hinter der Klonierung der Wunsch steht, genau ein solches Kind (mit diesen Erbanlagen) zu bekommen? Dies alles spricht eindeutig gegen die Möglichkeit des reproduktiven Klonens.

Während weitestgehende Einigkeit hinsichtlich der ethischen Verwerflichkeit des reproduktiven Klonens besteht, gehen die Auffassungen hinsichtlich der ethischen Verantwortbarkeit der Gewinnung von embryonalen Stammzellen durch Klonierung auseinander. Unstrittig ist zwar, dass z. B. nach deutschem (anders als nach englischem) Recht das sog. therapeutische Klonen verboten ist, aber es ist strittig, ob es dafür hinreichende ethische Gründe gibt.

Ist man der Auffassung, dass jeder Embryo ein sich entwickelnder Mensch ist, so spricht gegen das sog. therapeutische Klonen, dass es sich dabei um die Erzeugung von Embryonen handelt, die ausschließlich fremdnützigen Forschungs- und Therapiezielen dienen, d. h. um die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken, die lediglich als Mittel zum Zweck behandelt werden. Das verstößt gegen den Grundsatz der Menschenwürde; denn Embryonen, die durch Klonierung erzeugt werden, haben – wenn auch nur für kurze Zeit – den Status von

sich entwickelnden Menschen. Dieser Status verliert nicht dadurch seine moralische Bedeutung, dass von Anfang an die Absicht besteht, aus diesen Embryonen keine voll entwickelten Menschen werden zu lassen, sondern sie nach kurzer Zeit zu Forschungszwecken oder zu therapeutischen Zwecken zu verbrauchen. Würde man die Schutzwürdigkeit und den Würdestatus von dieser Absicht abhängig machen, so hinge auch hier die Zuerkennung der Menschenwürde von menschlicher Entscheidung ab. Aus der Perspektive des christlichen Glaubens ist das eine inakzeptable Vorstellung.

Gegen das sog. therapeutische Klonen bestünden freilich dann keine ethischen Bedenken, wenn es ein Verfahren gäbe, bei dem nicht zunächst ein sich entwickelnder Mensch entsteht, sondern von vorneherein ein lediglich pluripotentes Zellgebilde, das geeignet ist, autologen Gewebeersatz hervorzubringen.

Anders stellt sich die Problematik des sog. therapeutischen Klonens dar, wenn man der Auffassung ist, dass nicht jeder Embryo unabhängig von seinen Entwicklungsmöglichkeiten den Status eines sich entwickelnden Menschen hat. Nach dieser Auffassung liegt die ethische Herausforderung sowohl der Reproduktionsmedizin als auch des sog. therapeutischen Klonens gerade darin, dass es von menschlichen Entscheidungen abhängig geworden ist, ob ein Embryo die Chance entsprechender Entwicklungsmöglichkeiten erhält oder nicht. Eben deshalb bedarf es der Begrenzung der menschlichen Verfügungsmöglichkeiten durch klare ethische Vorgaben.

Während die Erzeugung von Embryonen durch Befruchtung *in vitro* nur mit dem Ziel einer Herbeiführung einer Schwangerschaft ethisch legitim ist, darf nach dieser Auffassung die Erzeugung von totipotenten Zellen durch Klonierung gerade nicht mit dem Ziel der Hervorbringung eines Menschen praktiziert werden, sondern nur zu therapeutischen Zwecken. Das sog. therapeutische Klonen wirft freilich auch in der Perspektive dieser Auffassung eine Reihe von offenen Fragen medizinischer und ethischer Art auf. Doch greift der Einwand eines Verstoßes gegen die Menschenwürde hier nicht, da beim sog. therapeutischen Klonen dieser Auffassung zufolge kein sich entwickelnder Mensch erzeugt wird.

### **3.2 Lebensende<sup>22</sup>**

Die demographische Entwicklung zeigt einen wachsenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft. Auch die durchschnittliche Lebenserwartung wird voraussichtlich weiter ansteigen. Dadurch wird die Zahl der Demenzkranken, der chronisch Kranken und der Pflegebedürftigen weiter zunehmen. Die Etablierung von Pflegediensten in kirchlicher, öffentlicher und privater Trägerschaft sollte dieses Problem auffangen. In der Praxis zeigt es sich jedoch, dass auf diesem rasch wachsenden Sektor des Gesundheitswesens neue Konzepte entwickelt werden müssen, Finanzierungsfragen zu klären sind und Qualitätssicherung gewährleistet sein muss.

Die Medizin kann heutzutage verschiedene lebensverlängernde Maßnahmen auch bei schwerster Pflegedürftigkeit zur Verfügung stellen und anwenden. Technische Unterstützungen und medikamentöse Therapien bieten älteren Menschen, chronisch Schwerstkranken und Pflegebedürftigen einerseits eine Hilfe in der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten und eine Verbesserung der Lebensqualität auch im hohen Alter. Andererseits

---

<sup>22</sup> Mit der Rede vom Lebensende verbindet sich (allzu) schnell die Vorstellung vom Alter. Aber der Tod kann einen Menschen bekanntlich in jedem Lebensalter ereilen. Auch die in diesem Abschnitt angesprochenen ethischen Fragestellungen und Probleme beschränken sich deshalb nicht auf alte Menschen.

können diese Unterstützungen aber auch dazu beitragen, die Begrenzung des Lebens und damit das Sterben hinauszuzögern, ohne dass hierin irgendein Sinn erkennbar ist.

Wenn medizinische Therapien versagen, so dass eine Heilung oder Abwendung des Sterbens nicht mehr möglich erscheint, sollte unter Änderung des Therapieziels eine palliative, d.h. an Versorgung und Schmerzlinderung orientierte, Behandlung einsetzen. Die vielen Hospizinitiativen, die häufig in direkter Anbindung an kirchliche Gemeinden stehen, nehmen ihrerseits das Bedürfnis auf, im Sterbeprozess Hilfestellung, Begleitung und Geborgenheit zu erfahren.

Die öffentliche Diskussion um menschenwürdiges Sterben wird zunehmend intensiver geführt. Eine besondere Bedeutung wird dabei Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zuerkannt. Wo Patientenverfügungen vorliegen, beziehen sie behandelnde Ärzte bei Entscheidungen am Lebensende oder bei Einwilligungsunfähigkeit zunehmend ein. Die Christliche Patientenverfügung ist seit ihrem Erscheinen im Herbst 1999 auf einen großen Bedarf und positive Resonanz gestoßen. Dabei sind allerdings auch die Grenzen solcher Verfügungen deutlich geworden. Gleichwohl sollte jeder/jede prüfen, ob er/sie eine solche Verfügung aufsetzt, weil sie für Ärzte und Angehörige eine große Entscheidungshilfe sein kann.

In der Debatte um die Sterbebegleitung in Deutschland werden von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen strukturelle und finanzielle Voraussetzungen für eine angemessene Sterbebegleitung gefordert. Von indirekter Sterbehilfe, bei der eine Lebensverkürzung durch die Verabreichung von Schmerzmitteln zwar nicht intendiert, aber in Kauf genommen wird, ist im medizinischen Alltag auszugehen. Sie ist auch in ethischer Hinsicht grundsätzlich zu bejahen. Die aktive Sterbehilfe wird hingegen kontrovers diskutiert. Sie stößt zwar in der Gesellschaft bei vielen Menschen auf positive Resonanz<sup>23</sup>, in der ethischen Diskussion hingegen bislang überwiegend auf Ablehnung.

Aus christlicher Sicht ist der Tod eines Menschen etwas, das abgewartet werden muss und nicht herbeigeführt werden darf.<sup>24</sup> Diese Sicht hat die Einstellung unserer Kultur zu Sterben und Tod wesentlich geprägt. Sie schlägt sich nieder in der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Passive Sterbehilfe ist dadurch charakterisiert, dass bei ihr in allem, was einerseits an medizinischen Maßnahmen zur Lebensverlängerung unterlassen oder abgebrochen und andererseits an Maßnahmen zur Begleitung und Erleichterung des Sterbens unternommen wird, die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt wird. Aktive Sterbehilfe ist demgegenüber dadurch charakterisiert, dass sie diese Situation beendet oder ihr sogar in einer Phase zuvorkommt, in der der Sterbeprozess nicht begonnen hat. Die Konkretisierung dieser Unterscheidung ist von Fall zu Fall zu vollziehen. Entscheidend ist jedoch, dass an ihr festgehalten wird.

---

<sup>23</sup> So interpretiert jedenfalls die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. eine von ihr in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage, derzufolge 60% der Befragten die Verabschiedung des niederländischen Gesetzes zur Sterbehilfe „gut“ finden und 51% die Frage bejahen: „Würden Sie Ihr Leben bei unheilbar qualvoller Krankheit durch Freitod verkürzen wollen?“ (im Internet abrufbar unter: [www.dghs.de/presse](http://www.dghs.de/presse)). Die Deutsche Hospiz Stiftung weist jedoch darauf hin, dass die letztgenannte Zahl im Zeitraum von 1990 bis 2000 von 59% auf 51% gesunken ist. Sie nennt zugleich als Ergebnis einer von ihr im Jahr 2000 in Auftrag gegebenen Umfrage folgende Zahlen: 35,4% der Befragten sind für aktive Sterbehilfe gegenüber 56,6%, die sich für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit aussprechen (vgl. im Internet: [www.hospiz.de/texte/emnid2000.htm](http://www.hospiz.de/texte/emnid2000.htm)).

<sup>24</sup> Nach wie vor grundlegend für das Verhältnis der EKD zur Thematik des Lebensendes sind die Ausführungen in: Gott ist ein Freund des Lebens, 105-110.

Gerade bei der Frage der Sterbehilfe zeigt sich in besonderer Weise die Konflikthaftigkeit menschlichen Lebens. Es ist nicht auszuschließen, dass es in dieser Frage für den Arzt Grenzsituationen geben kann. Die öffentlich geführte Auseinandersetzung dreht sich darum, ob man solche Grenzsituationen rechtlich regeln soll. Dafür scheint zu sprechen, dass dies die Transparenz und Kontrolle des ärztlichen Handelns erhöht. Doch erhebt sich dagegen das schwer wiegende Bedenken, dass jede Regelung des Ausnahmefalls die Gefahr in sich birgt, aus diesem einen Regelfall zu machen. Sie könnte eine Dynamik in Gang setzen, die die Einstellung zum Sterben grundlegend verändert und erhebliche Auswirkungen auch auf das ärztliche Ethos hat. Die intuitive Wahrnehmung des Sterbens als etwas, das abgewartet werden muss und nicht herbeigeführt werden darf, könnte dabei verloren gehen.

Die Forderung nach einer rechtlichen Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe wird häufig mit dem Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod begründet. Ohne Zweifel verdient die Selbstbestimmung eines Menschen unsere Achtung. Das gilt insbesondere für die Selbstbestimmung dessen, der anders denkt als wir selbst. Doch hat die Selbstbestimmung dort ihre Grenze, wo sie mit Folgen verbunden ist, durch die eine Person selbst oder andere in ihrer Integrität und Selbstbestimmung beeinträchtigt werden.

Solche Folgen sind zu befürchten, wenn die aktive Sterbehilfe zu einer durch das Recht akzeptierten Praxis würde. Es ist zumindest nicht auszuschließen, dass dadurch neue Zwänge entstehen in Gestalt des sozialen oder psychischen Drucks, anderen nicht zur Last zu fallen und daher das eigene Leben zu beenden bzw. um dessen Beendigung zu bitten. Der Selbstbestimmung des Einzelnen wäre damit gerade nicht gedient. Nicht auszuschließen ist auch, dass die Hemmschwelle gegenüber der Tötung eines Menschen gesenkt werden könnte, mit Auswirkungen auch auf die Gruppe einwilligungsunfähiger Personen, bei denen von Selbstbestimmung keine Rede sein kann. Denn wenn das Ziel der Freigabe der aktiven Sterbehilfe die Ermöglichung eines „humanen Sterbens“ ist, mit welchem Recht enthält man dann dieser Gruppe ein solches Sterben vor?<sup>25</sup>

Hinter der Forderung nach Zulassung der aktiven Sterbehilfe steht wohl zumeist die Angst vor einem schweren und möglicherweise auch einsamen Sterben. Diese Angst sollte dahingehend ernst genommen werden, dass die Anstrengungen im Bereich der Palliativmedizin verstärkt werden. Dies gehört auch zu den zentralen Forderungen, die gegenwärtig im Hinblick auf eine Neuorientierung der Medizin erhoben werden.<sup>26</sup> Außerdem ist noch einmal auf die große und wachsende Bedeutung der Hospizbewegung zu verweisen, die – neben und zusammen mit der Palliativmedizin – eine dem christlichen Glauben und seinem vom Geist der Liebe bestimmten Menschenbild angemessene Antwort auf die Angst vor dem schweren, einsamen Sterben darstellt.

---

<sup>25</sup> Das niederländische Beispiel belegt, dass diese Konsequenzen sich auch in der Praxis mit einer gewissen Folgerichtigkeit aus der rechtlichen Freigabe der aktiven Euthanasie ergeben. Auch im Blick auf das im Mai 2002 verabschiedete entsprechende belgische Gesetz wird auf dessen praktische Folgen zu achten sein. Seine Besonderheit besteht darin, dass es nicht ausschließlich eine medizinisch ausweglose Situation zur Bedingung der Zulassung von aktiver „Sterbehilfe“ macht, sondern diese auch ganz allgemein im Falle eines dauernden und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens erlaubt. Dies dürfte auf die rechtlich und ethisch höchst problematische Praxis einer „Tötung auf Verlangen“ hinauslaufen, die, wie im Frühjahr 2002 das Beispiel der Britin Diane Pretty gezeigt hat, vor dem Europäischen Gerichtshof keine Akzeptanz findet.

<sup>26</sup> Hastings Center, *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, 1996.

#### 4 Medizin und Gesundheitswesen im Dienst des Menschen

Die Erfahrung von Krankheit ist Bestandteil jedes menschlichen Lebens. Um dem damit verbundenen Leiden zu begegnen, haben sich in allen Kulturen Menschen gefunden, die mit ihren speziellen Kenntnissen halfen, Krankheit zu heilen und Leiden zu lindern. Im Mittelalter entstanden die ersten christlichen Hospitäler, später die Krankenhäuser und allmählich ein Gesundheitssystem mit einer gesetzlichen Krankenversicherung, das in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts für den Einzelnen Absicherung im Krankheitsfall bietet.

Heutzutage stehen die Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems und speziell der Krankenhäuser vor erheblichen Umwälzungen. Ursache dafür sind einerseits die Ausweitung der naturwissenschaftlichen Kenntnisse und medizintechnischen Entwicklungen, aber auch die damit verbundenen teilweise widersprüchlichen Bewertungen, die zum Ausdruck kommen, wenn im Einzelfall über die Behandlung von Kranken entschieden werden muss. Je mehr Möglichkeiten für eine Behandlung bestehen, desto schwerer und vielschichtiger wird die Diskussion über die Sinnhaftigkeit dieser Optionen sein. Hinzu kommt, dass, während sich einerseits der Handlungs- und Entscheidungsspielraum für Patienten und Ärzte erweitert und verkompliziert, sich andererseits zunehmende Einengungen bei der Finanzierung ergeben. Das deutsche Gesundheitswesen ist durch seine gewachsenen Strukturen äußerst komplex und geprägt durch die Selbstverwaltung der Leistungserbringer und –träger, die wiederum den politischen Rahmenbedingungen unterliegen. Derzeit halten Elemente des Wettbewerbs verstärkt Einzug in die Krankenversorgung. Das stellt die Verantwortlichen im Gesundheitswesen vor große neue Herausforderungen.

Die von der kirchlichen Diakonie getragenen Krankenhäuser reagierten und reagieren auf die zunehmenden finanziellen und ethischen Herausforderungen, indem sie einerseits neue Strukturen der Zusammenarbeit und Kooperation innerhalb der Einrichtungen und mit anderen Krankenhäusern zusammen entwickelten und sich andererseits der Diskussion stellten, was das spezifisch Christliche an einem Krankenhaus sei und wie dies in einem diakonischen Krankenhaus umzusetzen sei. Diese kritische Selbstreflexion führte u.a. dazu, dass es in Deutschland die Verbände der konfessionellen Krankenhäuser waren, die den Diskussionsprozess um die Errichtung von Ethikkomitees im Krankenhaus angestoßen haben.

Von den Veränderungen im Gesundheitswesen ist auch das traditionelle Selbstverständnis des ärztlichen Berufs betroffen. Seit jeher ist der Beruf des Arztes durch den Heilungsauftrag für Hilfesuchende geprägt. Das Verhalten des Ärztstandes wurde durch ethische Verhaltensregeln kodifiziert. Ein frühes Beispiel dafür ist der Hippokratische Eid. Heute sind die Berufsordnung und deren Präambel mit dem Genfer Gelöbnis für die Ärzteschaft verpflichtend.<sup>27</sup> Es haben sich damit gesellschaftliche Umgangsweisen zwischen Heilenden und Patienten entwickelt, zu denen in neuerer Zeit vielfältige Formen von Pflege- und Besuchsdiensten hinzugekommen sind.

In den zurückliegenden Jahren sind neben dem durch den Gedanken der Fürsorge und Therapie geprägten Ethos erneut Forderungen nach umfassender medizinischer *Vorsorge* hervorgetreten. Hier kommt der Mensch nicht als Patient in den Blick der Medizin, sondern als Gesunder, dessen Gesundheit der Aufmerksamkeit und des pfleglichen Umgangs bedarf,

<sup>27</sup> Die wesentlichen, derzeit in Geltung stehenden Texte sind im Internet zu finden unter: [www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/index.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/index.html). In gedruckter Fassung liegt die derzeit geltende Berufsordnung vor in: Deutsches Ärzteblatt, (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, 1997. Das Genfer Gelöbnis als exemplarischer Text von herausragender Bedeutung ist abgedruckt bei H.-M. Sass (Hg.): *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989.---

um erhalten zu bleiben. Dieser historisch gesehen bedeutende Bereich der präventiven Medizin verdient in Zukunft auch aus ethischen Gründen besondere Aufmerksamkeit.

Eine wichtige gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte ist die Forderung nach verstärkter Respektierung der *Mitsprache* des Patienten. Hiermit war die Umsetzung des Konzepts der informierten Zustimmung (Informed Consent) verknüpft, d. h. der Einwilligung in eine medizinische Handlung nach entsprechender Aufklärung. Zunehmend selbstbewusstere und durch verschiedene Medien besser informierte Patienten fordern heutzutage Selbstbestimmung bei der Anwendung medizinischer Verfahren.

Änderungen im Verhältnis von Medizin und Patient traten außerdem durch die zunehmende *Spezialisierung* der ärztlichen Fachgebiete und anderer Berufszweige im Gesundheitswesen auf. Die Professionalisierung verschiedener Berufsgruppen in der Medizin führte für die Patienten zu einem vielfältigen Bezugssystem, durch welches das Zweierverhältnis der Arzt-Patient-Beziehung sich immer mehr erweiterte. Es ist davon auszugehen, dass sich die Vielschichtigkeit der Bezugssysteme für Patienten und Pflegebedürftige in Zukunft noch weiter spezifizieren wird. Das Verhältnis zwischen einem zunehmenden Erfordernis von Teamentscheidung, das sich ergibt aufgrund der speziellen Kenntnisse und Erfahrungen der einzelnen medizinischen Berufe, und der Letztverantwortung (und damit auch rechtlichen Haftung) des Arztes wird in der individuellen Entscheidungsfindung ein schwieriger Balanceakt bleiben.

Ein Großteil des Unbehagens, das der modernen Medizin entgegengebracht wird, hat mit einem Spannungsverhältnis und Ungleichgewicht zu tun, das zwischen der Ausrichtung der Medizin auf wissenschaftlich-technische Effizienz bei der Behandlung von Krankheiten und der Orientierung am Wohl des individuellen Patienten besteht. Nach Meinung kritischer Stimmen kommt in der heutigen medizinischen Praxis häufig das Zweite gegenüber dem Ersten zu kurz, wofür es vielfältige Gründe gibt.

Die Medizin ist der Prototyp einer praktischen Wissenschaft, die ihre Einheit in der Vielfalt ihrer Disziplinen von den Zielen her gewinnt, auf die sie gerichtet ist. Diese Ziele sind die Erkennung, Therapie und Heilung, Linderung sowie Verhütung von körperlicher und psychischer Krankheit. Die Medizin als Wissenschaft steht in einer instrumentellen Beziehung zu diesen Zielen. Sie stellt Mittel bereit – diagnostische, therapeutische, präventive – zu deren Erreichung. Dieser instrumentelle Charakter wird durch die naturwissenschaftliche Ausrichtung der modernen Medizin verstärkt.

Der Begriff der „Medizin als Kunst“ ist aber umfassender. Er hat das ärztliche Handeln im Allgemeinen und speziell die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Blick. Der Bezugspunkt der medizinischen Kunst ist die Person des Patienten, die sich von ihrem Leib und ihrer Psyche unterscheidet und gleichwohl mit diesen eine Einheit bildet<sup>28</sup>. Der Patient wird damit ein unverwechselbares Individuum. Das Ziel der medizinischen Kunst geht über die rein naturwissenschaftliche „Reparatur“ des Körpers oder der Psyche hinaus und sorgt sich um das Wohl des Patienten als Person. Als diagnostisches und therapeutisches Bemühen des Arztes hat die medizinische Kunst einerseits ebenfalls instrumentellen Charakter im Hinblick auf dieses Ziel. In dieser Beziehung stützt sie sich auf die Erkenntnisse und Techniken, die die medizinische Wissenschaft bereitstellt. Andererseits gibt es aber auch Ziele, für die das ärztliche Handeln nicht Mittel ist, sondern die im Vollzug ärztlichen

<sup>28</sup> R. Spaemann, Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘, [Stuttgart](#) 1996. Der Patient ist nicht identisch mit seiner leib-psychischen „Natur“, sondern er „hat“ diese Natur und kann und muss sich zu dieser verhalten.



Handelns und in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient realisiert werden.<sup>29</sup> Mit einer auf Aristoteles zurückgehenden Unterscheidung kann man hier vom ärztlichen Handeln einerseits als *Poiesis* sprechen, die ihr Ziel ausserhalb ihrer selbst hat und zu diesem in einer Zweck-Mittel-Relation steht, und andererseits als *Praxis*, die ihr Ziel in ihrem Vollzug realisiert. Mit diesem zweiten Aspekt hängt das traditionelle Tugendethos der Medizin zusammen. Für den Erfolg des ärztlichen Handelns bedarf es nicht nur medizinischer Fertigkeiten und Kenntnisse, sondern auch einer bestimmten Haltung, mit der der Arzt dem Patienten begegnet und über die er die Einstellung und Haltung des Patienten zu seiner Gesundheit und Krankheit mitbeeinflusst.

Für den Erfolg der Behandlung eines Kranken sind einerseits die adäquate (natur-)wissenschaftliche Erfassung der Krankheit, die zu behandeln das Ziel ist, sowie die dazu geeigneten Mittel entscheidend. Für den Erfolg der Behandlung ist aber auch entscheidend, dass in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient herausgefunden wird, worin jeweils das Wohl des Patienten – als das hier anzustrebende Ziel – besteht und was diesem Wohl dient. Das lässt sich nicht in Absehung von der Person des Patienten definieren, vielmehr sind hier individuelle Wertgesichtspunkte seitens des Patienten zu beachten. Und es lässt sich auch nicht in einer für alle gleichermaßen gültigen Weise standardisieren. Dem Arzt und anderen im Gesundheitswesen Tätigen fällt hier die Aufgabe zu, dem Patienten dabei zu helfen, von seinem Selbstverständnis und seinen Werthaltungen her ein Verhältnis zu seinem kranken Körper oder seiner kranken Psyche und den ihm verbleibenden Lebensperspektiven zu finden als Voraussetzung für eine in eigener Einsicht gründende Entscheidung darüber, welchen medizinischen Eingriffen er (noch) zustimmen will und welchen er nicht (mehr) zustimmen will. Bei der ärztlichen Kunst wird damit die *Poiesis* ärztlichen Handelns gesteuert und begrenzt durch die *Praxis* der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und durch die für diese leitenden Wertgesichtspunkte.

Es ist allerdings sehr zu fragen, ob für diese Probleme und Ungleichgewichte die moderne, naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin als solche verantwortlich zu machen ist oder ob man sie nicht besser einer Entwicklung zuschreiben sollte, welche die Medizin faktisch genommen hat und die im Prinzip korrigierbar ist.<sup>30</sup> Die Korrektur müsste darin bestehen, die Anwendung medizinischen Wissens und Könnens konsequenter am Ziel des Wohls des Kranken zu orientieren und sie von diesem her zu begrenzen, wo immer dies angezeigt ist. Viel kommt dabei auf die Einsicht an, dass das „Wohl“ des Patienten – als der letzte und eigentliche Grund für alle medizinischen Bemühungen – keine rein wissenschaftlich definierbare und realisierbare, sondern eine nur im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung auszumessende Zielgröße ist. Dieser Beziehung muss daher das ihr gebührende Gewicht beigemessen werden. Im Rahmen der vielfältigen Beziehung zum Kranken muss die Anwendung medizinischen Wissens und Könnens so gestaltet werden, dass der individuelle Patient mit seiner je spezifischen Bedürftigkeit der Bezugspunkt medizinischen Handelns bleibt.

Diese Aufgabe kommt dem medizinischen Handeln auch aus christlicher Sicht zu. Gerade in dieser Sicht betreffen Gesundheit und Krankheit nicht nur den Körper und die Psyche, sondern den ganzen Menschen. Nicht nur die Gesundheit, sondern auch Krankheit, Behinderung und am Ende der Tod gehören zu der Bestimmung des Lebens, das einem

<sup>29</sup> Dieser zweifache Aspekt kommt in einer mittelalterlichen Definition der Medizin einerseits als *ars iatrike*, d. h. als ärztliche Kunst, und andererseits als *ars agapatike*, d. h. als Kunst der Zuwendung von Liebe, zum Ausdruck.

<sup>30</sup> M. Pawelzik, Krankheit, das gute Leben und die Krise der Medizin, [Münster](#) 1999.

Menschen von seinem Schöpfer gegeben ist. Dieses Leben mit seinen Gaben und Möglichkeiten, aber auch mit seinen Beeinträchtigungen und seiner Endlichkeit annehmen zu können ist daher etwas, das einem jedem Menschen als Lebensaufgabe mitgegeben ist. In dem Bemühen, ihm dabei zu helfen, treffen sich Medizin und kirchliche Seelsorge.

Der vom Geist der Liebe inspirierte ethisch angemessene Umgang mit Gesundheit und Krankheit zeigt sich in einer Reihe von unterschiedlichen Verhaltensweisen:

- als grundlegende Orientierung der gesamten Medizin (als medizinische Forschung und als ärztliche Kunst) am Wohl des Menschen;
- als verantwortlicher Umgang mit den finanziellen Möglichkeiten und materiellen Ressourcen;
- als achtsamer Umgang mit eigener und fremder Gesundheit;
- als Zuwendung zu den von Leiden, Krankheit und Behinderung Betroffenen;
- als Bereitschaft zur Seelsorge, die kranke und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen begleitet und ihnen beisteht;
- als Weisheit von Kranken und Ärzten, die erkennt, wann das Hinauszögern des Todes eines Menschen seinen Sinn und seine Berechtigung verloren hat und es nur noch geboten ist, in das Sterben einzuwilligen, es zu begleiten und zu erleichtern.

Wo ein Mensch so den Tod annehmen und im Frieden sterben kann, da wird ein wesentliches Element der Würde des begrenzten menschlichen Lebens und damit der Bestimmung des Menschen erlebbar. Dieser Ziel- und Endpunkt macht nicht rückwirkend allen Einsatz für die Gesundheit des Menschen sinnlos oder fragwürdig, sondern er besiegelt die – ihrerseits begrenzte – Bedeutung und Wichtigkeit, die dieser Einsatz aus der Sicht des christlichen Glaubens für das geschöpfliche Leben hat.

## **5 Gemeinsamkeiten trotz bestehender Dissense**

Der vorliegende Text zeigt, dass es der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland möglich war, eine Reihe von Gemeinsamkeiten auch in zentralen Fragen zu formulieren. Die verbleibenden Dissense sind dennoch tief greifend. Beide Aspekte sollen in diesem abschließenden Kapitel dargestellt werden.

### **5.1 Dissense**

Die Auseinandersetzungen und Differenzen in der Kammer spiegeln insofern die gesellschaftliche Diskussionslage wider, als sie sich vor allem auf folgende Punkte beziehen: auf die unterschiedliche Sichtweise des Embryos zwischen Befruchtung und Nidation, auf die daraus abgeleiteten Konsequenzen hinsichtlich der Frage der Freigabe sog. überzähliger Embryonen für die Forschung, hinsichtlich der ethischen Zulässigkeit von PID und hinsichtlich der Zustimmung zum sog. therapeutischen Klonen.

Schließlich besteht auch keine Einmütigkeit im Blick auf die *Gewichtung* dieser Dissense. Während es sich für manche Kammermitglieder um einen ethischen Fundamentaldissens handelt, der die Grundlagen des gesellschaftlichen Zusammenlebens berührt, sehen andere Kammermitglieder diesen Dissens als Ausdruck eines Pluralismus der Auffassungen, wie er sowohl in der Kirche als auch in der Gesellschaft gut akzeptiert werden kann, ohne dass damit Grundlagen des Zusammenlebens in Frage gestellt werden.

### **5.2 Gemeinsamkeiten**

Bei den im Folgenden aufgeführten Gemeinsamkeiten, die trotz der genannten Dissense in der Kammer bestehen, handelt es sich nicht um Formelkompromisse, sondern um einmütig geteilte Auffassungen, also um echte Übereinstimmungen in der Sache.

### **5.2.1 Wechselseitige Anerkennung**

Auch dort, wo die Auffassung über den Status des Embryos und die daraus zu ziehenden Konsequenzen sich unüberbrückbar gegenüberstanden und in aller Schärfe aufeinander prallten, wurde doch wechselseitig anerkannt, dass es ernsthafte ethische oder theologische Gründe sind, die auch in der jeweils abgelehnten Auffassung zum Ausdruck kommen. Das bestimmte auch die Achtung vor der abweichenden, abgelehnten Position selbst. Darin kommt aber auch das Wissen zum Ausdruck, dass es ernsthafte Anfragen an die je eigene Auffassung gibt, die auch mit den hier vorgetragenen Argumenten nicht gänzlich ausgeräumt sind. Gemeinsam wird anerkannt, dass beide Auffassungen vor offenen Fragen stehen, die weiter bedacht und möglichst beantwortet werden müssen. Es stellt eine wichtige Gemeinsamkeit dar, wenn dies einmütig anerkannt und ausgesprochen werden kann.

### **5.2.2 Besonnenheit und Vorsicht**

Weil es zwischen den Auffassungen grundlegende Dissense gibt und innerhalb der Auffassungen unbeantwortete Fragen, ist sich die Kammer darin einig, dass keine übereilten Schritte gegangen werden dürfen, die sich später als verkehrt und als irreversibel erweisen könnten. Deswegen plädiert die Kammer einmütig für eine Fortsetzung und Vertiefung der begonnenen bioethischen Diskussion in Kirche und Gesellschaft. Die außerordentlich sensiblen und facettenreichen Zusammenhänge, in die die Fragen nach dem angemessenen Verständnis des menschlichen Lebens, insbesondere seines Anfangs und Endes, seiner Bedrohung und Bewahrung, hineingehören, erfordern weit mehr an Durchdringung und Klärung, als bisher geleistet werden konnte. Deswegen plädiert die Kammer dafür, dass die nötigen Meinungsbildungsprozesse ohne Zeitdruck in großer Breite und mit der erforderlichen Besonnenheit und Geduld stattfinden können. Zugleich empfiehlt die Kammer angesichts der vielen kontroversen und offenen Fragen eine Haltung, die man in der ethischen Tradition als „tutoristisch“ bezeichnet hat, d. h. eine Haltung, die angesichts bestehender Unklarheiten und Dissense für möglichst risikoarme und vorsichtige Handlungsmöglichkeiten (insbesondere in rechtlicher Hinsicht) plädiert.

### **5.2.3 Vermittlung von Differenzierungen**

Einmütigkeit besteht in der Kammer auch im Hinblick auf die Notwendigkeit, in der öffentlichen Diskussion über die anstehenden medizinethischen Fragen Profilierung und Differenzierung nach Möglichkeit miteinander zu verbinden. Um einen Beitrag zur Meinungsbildung in der Öffentlichkeit zu leisten, müssen Positionen einerseits identifizierbar und von abweichenden Auffassungen klar unterscheidbar dargeboten werden. Dabei dürfen aber andererseits nicht die erforderlichen Präzisierungen und Differenzierungen verloren gehen, die erst der Komplexität der Thematik gerecht werden. Beides miteinander zu verbinden und dies dann auch noch massenmedial zu vermitteln erweist sich häufig als schwierig. In der öffentlichen Diskussion gehen die notwendigen Differenzierungen leicht verloren. Das hat in der Vergangenheit nicht selten dazu geführt, dass Auffassungen (z. B. hinsichtlich der rechtlichen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs) in der Öffentlichkeit so vergrößert wahrgenommen wurden, dass dies einer Verzerrung gleichkam und dass dadurch ethische Grundpositionen unklar wurden.

Aus diesen Erfahrungen ist die Konsequenz zu ziehen, dass die Schwierigkeiten der medialen Vermittlung und die Möglichkeiten von missverständlichen Interpretationen kirchlicher

Positionen bei der Formulierung von Stellungnahmen mitbedacht werden müssen. Ebenso ist es unerlässlich, grundlegende Auffassungen und Formulierungen immer wieder in Erinnerung zu rufen, so dass sie sich dem kollektiven Gedächtnis einprägen können. Dazu trägt es auch bei, wenn kirchliche Denkschriften früher gemachte Äußerungen zitierend vergegenwärtigen und so Argumentationslinien erkennbar machen, die sich durchhalten.

#### 5.2.4 Unterscheidung verschiedener Perspektiven

Zu den wichtigen Differenzierungen, die in der öffentlichen Diskussion über Grundfragen der Bioethik präsent gehalten und immer wieder erinnert werden sollten, gehört die zwischen einer biologischen bzw. naturwissenschaftlichen und einer (inter)personalen Sichtweise. Die Kammer ist sich darin einig, dass es einen großen Klärungsgewinn darstellen würde, wenn alle Beteiligten sich (zumindest) auf diese Unterscheidung einlassen und sie anwenden würden. Verweigert man sich einer dieser beiden Perspektiven, so kommt es unvermeidlich zu Einseitigkeiten und Verzerrungen, ja nicht selten zu falschen Alternativen. So bildet etwa der häufig anzutreffende Streit, ob der Embryo ein Zellhaufen oder eine Person sei, eine solche falsche Alternative, weil je nach Perspektive *beides* richtig (und, wenn es verabsolutiert wird, beides falsch) ist. Hat man dies erkannt, wird klar, dass dieselbe Aussage auch für jeden erwachsenen Menschen gilt: Er ist Zellhaufen *und* Person. Personalität ist nicht das Resultat komplexer, sich ausdifferenzierender Entwicklungsprozesse von Zellen, sondern eine Qualität von Menschen, die sich nur in Beziehung und Begegnung erschließen kann und die ihrerseits die Voraussetzung *jeder* perspektivischen Betrachtungsweise des Menschen, also auch der biologischen bzw. naturwissenschaftlichen ist.

#### 5.2.5 Achtung der Menschenwürde und Embryonenschutz

Die inhaltlich vermutlich bedeutsamste Gemeinsamkeit in der Kammer besteht im Blick auf die Anerkennung und Respektierung der unverfügbaren Würde jedes Menschen. Dabei besteht Konsens darüber, dass *jedem* Menschen vom Anfang bis zum Ende seines Lebens diese Würde und der daraus resultierende Lebensschutz zukommt<sup>31</sup>. Diese Akzentuierung ergibt sich aus dem christlichen Verständnis des Menschen, dem zufolge auch der schwache, gefährdete, bedrohte, gescheiterte oder verlorene Mensch Adressat der göttlichen Liebe ist. Daraus folgt, dass die Menschenwürde insbesondere an den Rändern und Grenzen, an denen sie bedroht, in Frage gestellt oder bestritten wird, der aufmerksamen Wahrnehmung und Verteidigung bedarf.

In der Kammer besteht auch Konsens darüber, dass die Menschenwürde *nicht quantifizierbar* ist. Sie kann daher nicht gegen andere Grundrechte abgewogen werden. Deshalb gehört es nach gemeinsamer Auffassung zum Wesen des Menschen, dass er nicht dem Wohl anderer Menschen geopfert und so zum bloßen Mittel für einen fremden Zweck gemacht werden darf.

Obwohl über die Frage, ob schon dem menschlichen Embryo vom Zeitpunkt der Befruchtung an ein subjektiver Anspruch auf Schutz der Menschenwürde und des Lebens zusteht, in der Kammer unterschiedliche Auffassungen vertreten werden, besteht Einigkeit darüber, dass die staatliche Verpflichtung auf den Schutz der Würde des Menschen auch einen objektiv-rechtlichen Charakter hat, der sich auf den Menschen als Gattungswesen und die für seinen Schutz notwendigen Vorkehrungen bezieht. Hierzu gehört auch ein Umgang mit menschlichen Embryonen in allen Entwicklungsstadien, der deren besonderen Status achtet und allen Tendenzen, sie wie jede beliebige Ware zu behandeln, wehrt. Auch wer sich nicht

<sup>31</sup> Strittig ist jedoch, ob auch solche künstlich erzeugten Embryonen, die keine Chance haben, sich zu selbstständig lebensfähigen Menschen zu entwickeln, als sich entwickelnde *werdende* Menschen zu verstehen sind. Dieser Dissens betrifft also nicht die Achtung vor der Menschenwürde, sondern deren Subjektbereich.

in der Lage sieht, allen menschlichen Embryonen vom Zeitpunkt der Befruchtung der Eizelle an einen vollen Anspruch auf Schutz der Menschenwürde und Lebensschutz zuzugestehen, wird zu berücksichtigen haben, dass der Umgang mit diesen Embryonen und der Schutz der Menschenwürde in einem sachlichen Zusammenhang stehen.

### **5.2.6 Keine Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken**

Konsens besteht in der Kammer demzufolge auch darüber, dass jedenfalls die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken abzulehnen ist. Diese Gemeinsamkeit ergibt sich trotz des bestehenden Dissenses hinsichtlich des Status von Embryonen daraus, dass auch diejenigen, die der verbrauchenden Forschung an sog. überzähligen Embryonen zustimmen, in der Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken eine nicht zu akzeptierende Ausschaltung der personalen Perspektive auf das menschliche Leben sehen. Die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ist als Verdinglichung anzusehen, die dem Wesen des Menschen und seines Lebens eklatant widerspricht und damit den Gedanken der Menschenwürde grundsätzlich in Frage stellt. Damit wird nicht bestritten, dass durch Forschung an embryonalen Stammzellen u.U. wichtige Einsichten für neue therapeutische Möglichkeiten gewonnen werden könnten. Aber bestritten wird, dass dies in ethischer Hinsicht eine akzeptable Begründung für die Erzeugung und den Verbrauch von Embryonen sein könnte.

Konsens besteht deshalb auch im Hinblick auf die Notwendigkeit, die im geltenden deutschen Recht enthaltene zahlenmäßige Begrenzung der bei der In-vitro-Fertilisation hergestellten Embryonen beizubehalten. Damit soll verhindert werden, dass überzählige – und dann für Forschungszwecke verfügbare – Embryonen in größerer Zahl entstehen, so wie dies in anderen Ländern der Fall ist, möglicherweise mit der verschleierten oder sogar offen zugegebenen Absicht, sich die erwünschte Zahl an Embryonen zu Forschungszwecken zu verschaffen. Dies wäre eine indirekte Verdinglichung menschlichen Lebens, die ethisch nicht akzeptabel wäre.

### **5.2.7 Ablehnung des reproduktiven Klonens**

Die Kammer lehnt einmütig das reproduktive Klonen ab. Maßgeblich dafür ist die Einsicht in die fatalen Folgen, die dies für die auf diese Weise erzeugten Kinder haben würde. Dabei steht nicht in Frage, dass sie Menschen mit unantastbarer Würde wären wie alle anderen Menschen, sondern die Abstammungsbeziehung, die familiäre Rolle, die intendierte Funktion und die Unwägbarkeiten der körperlichen und seelischen Entwicklung erweisen die Anwendung dieser Technik auf Menschen als einen unzulässigen Menschenversuch und – jedenfalls in vielen Fällen – als eine Instrumentalisierung eines Menschen, die auch durch den Kinderwunsch der Eltern oder durch therapeutische Hoffnungen im Blick auf andere Menschen nicht zu rechtfertigen wäre.

### **5.2.8 Aufmerksamkeit für die menschlichen Beziehungen**

Die Kammer ist sich auch darin einig, dass es gerade angesichts großer und begrüßenswerter Fortschritte im Bereich medizinischer Wissenschaft und Technik heute wichtig ist, der Beziehung zwischen Patienten, Ärzten und Pflegepersonal erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Die medizin- und bioethische Diskussion, die sich auf die Fragen des technisch Möglichen, Machbaren und Erlaubten konzentriert, spiegelt eine Aufgabe wider, die sich auch dem Gesundheitswesen selbst stellt: die angemessene Relation zwischen medizinischer Technik und personaler Begegnung wiederzugewinnen. Damit wird in Erinnerung gerufen, dass nicht Krankheit und Gesundheit, sondern kranke und gesunde *Menschen* das Zentrum des Gesundheitswesens, der medizinischen Wissenschaft sowie der ärztlichen und pflegerischen Praxis bilden. Medizinische Einrichtungen in kirchlicher und diakonischer

Trägerschaft müssen sich in der Öffentlichkeit daran messen lassen, ob an ihnen und in ihnen diese Zentralstellung des Menschen erkennbar wird oder ob zumindest den Defiziten, die in diesem Bereich bestehen, die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird.

### **5.2.9 Der Geist der Liebe**

Im engen Zusammenhang mit dem zuletzt Gesagten steht eine letzte, grundlegende Einsicht, über die in der Kammer ebenfalls Konsens besteht: In christlicher Sicht hat das menschliche Handeln eine zweifache Folgeträchtigkeit. Es ist folgeträchtig im Hinblick auf seine kausalen Folgen, z. B. in Gestalt der Behandlung einer Krankheit. Folgeträchtig ist aber auch der lebensförderliche Geist, der sich durch dieses Handeln hindurch vermittelt und der sich für die christliche Tradition konkretisiert in dem, was man einst die „theologischen Tugenden“ nannte: Glaube, Hoffnung und Liebe. Vorrang hat dabei für die christliche Tradition der Aspekt des lebensförderlichen Geistes, weil er – zumindest seiner Intention nach – die Verantwortung für die Folgen einschließt, während das Umgekehrte nicht notwendigerweise gilt.

Hieran zu erinnern ist angezeigt in einer Situation, in der die erste, kausale Art der Folgeträchtigkeit beherrschend geworden ist und das medizinische Handeln zunehmend unter ökonomischen Druck gerät. In dieser Perspektive scheint das menschliche Wohlergehen einseitig eine Frage des Fortschritts unserer technischen Möglichkeiten im Horizont unserer wirtschaftlichen Grenzen zu sein. Die geistliche Dimension menschlicher Existenz, die Frage nach der Grundausrichtung des menschlichen Lebensvollzugs droht demgegenüber in den Hintergrund zu geraten. Dieses Missverhältnis reicht bis in die Ethik. Auch sie fasst in aller Regel Handeln nur im Sinne der ersten Art der Folgeträchtigkeit auf, und da geht es dann um normative Fragen: darum, was man soll oder darf und was nicht, wo dem technisch Möglichen Grenzen zu ziehen sind und wie das zu begründen ist.

Solche Grenzziehungen sind notwendig. Doch wenn es um das Gedeihen und Gelingen menschlichen Lebens geht, braucht es darüber hinaus eine umfassendere Perspektive: den Geist der Liebe.

## **Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung**

(Stand: 30. Juni 2002)

Ernst Benda, Karlsruhe

Andrea Dörries, Hannover

Johannes Fischer, Basel

Reinhard Göhner, Berlin

Wilfried Härle, Heidelberg (Vorsitzender)

Eberhard Jüngel, Tübingen

Hans Peter von Kirchbach, Potsdam

Otto Graf Lambsdorff, Berlin

Christine Lieberknecht, Erfurt

Stephan Reimers, Berlin

Margot von Renesse, Berlin

Gerhard Robbers, Trier

Richard Schröder, Berlin

Eva Senghaas-Knobloch, Bremen (stellvertretende Vorsitzende)

Ingrid Spieckermann, Hannover

Klaus Tanner, Halle

Ursula Voskuhl, Bonn

Hermann Barth, Hannover (Ständiger Gast)

Eberhard Pausch, Hannover (Geschäftsführer)