

- Walter Schweidler* Gibt es eine moralische Pflicht zur Organspende? (S. 2)
- Urban Scheffer,* Zur Zukunft der Präimplantationsdiagnostik in
Deutschland (S. 9)
- Peter Schallenberg* Im Bewusstsein der Verantwortung vor dem
Thomas Berenz Menschen ... und vor Gott? (S. 15)
- BGH* Behandlungsabbruch auf Grundlage des
Patientenwillens (S. 20)
- JVL* Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik (S. 30)

Editorial

- 1 Die Gelegenheit

Thema

Prof. Dr. Walter Schweidler, Eichstätt

- 2 Gibt es eine moralische Pflicht zur Organspende?

RiOLG Dr. Urban Scheffer, Dresden

- 9 Zur Zukunft der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland

Beitrag

Msgr. Prof. Dr. Peter Schallenberg

Dipl. theol. Thomas Berenz, Mönchengladbach

- 15 Im Bewusstsein der Verantwortung vor dem Menschen ... und vor Gott?

Judikatur

- 20 BGH: Behandlungsabbruch auf Grundlage des Patientenwillens
- 23 BGH: Anforderungen für die Annahme eines Tötungsverlangens

Rezension

- 26 Menschenwürdiger Tod

Umschau

- 26 „Der Fuldaer Fall“
- 27 Die Berliner „Kinderwunschpraxis“
- 28 Kostenerstattung für Hospizleistungen
- 29 „Staatlich geprüfter Sterbehelfer“?

Aus der JVL

- 30 Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik
- 31 Schwangerschaftsabbruch - Tagungsbericht

Leserbrief

- 36 Antwort auf den Leserbrief von Prof. Dr. Christine Swientek in ZfL 3/2010, S. 103 f.

Ankündigung

- 36 Einladung zum Symposium:
„Abtreibung – ein neues Menschenrecht?“

III Trends

impresum

Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)

ISSN 0944-4521

Redaktion

Redaktion: Rainer Beckmann (verantwortlich), RiAG, Würzburg (rb), Dr. Friederike Hoffmann-Klein, RAin, Stuttgart (fhk), Dr. Urban Scheffer, RiOLG, Dresden (us), Knut Wiebe, RiLG, Köln (kw)

Anschrift der Redaktion

Weißdornweg 1
97084 Würzburg
eMail: zfl@juristen-vereinigung-lebensrecht.de
Telefon: 09 31 / 35 99 490

Herausgeber

Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.
Postfach 50 13 30, D-50973 Köln
Telefon: 0221/13 44 78
Telefax: 0221/2 22 59 57

www.juristen-vereinigung-lebensrecht.de
eMail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de

Vorstand der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.

Bernward Büchner, Vors. Richter am VG a. D., Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Christian Hillgruber, Bonn; Rainer Beckmann, Richter am AG, Würzburg; Dr. Werner Esser, Notar a.D., Köln; Erika Nagel, Richterin am AG, Brühl

Satz & Layout

Rehder & Partner Medienagentur, Aachen

Druck

Luthe Druck und Medienservice, Köln

Abonnement

Die ZfL erscheint viermal jährlich. Das Jahresabonnement beträgt 22 Euro inkl. Versand

(Studenten zahlen 16 Euro)
Zahlungen erfolgen über die Kölner Bank, BLZ 371 600 87, Konto-Nr. 584 302 003, IBAN Code: DE 45 3716 0087 0584 3020 03, BIC: GENODED1CGN
Bestellungen an den Herausgeber erbeten.

Hinweis

Die ZfL ist urheberrechtlich geschützt. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Ansicht des Herausgebers wieder. Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. ist interdisziplinär und nur dem Recht verpflichtet. Sie ist als gemeinnützig anerkannt.

Leserbriefe und Manuskripte ...

sind jederzeit willkommen und werden an die Anschrift der Redaktion erbeten.

Herausgeber: Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln)

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge, Göttingen

Prof. Dr. med. Hermann Hepp, München

Prof. Dr. iur. Christian Hillgruber, Bonn

Prof. Dr. iur. Eike von Hippel, Hamburg

Prof. Dr. phil. Rupert Hofmann, Regensburg

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Halle

Prof. Dr. iur. Karl Lackner, Heidelberg

Prof. Dr. iur. Winrich Langer, Marburg

Prof. Dr. iur. Joseph Listl, Bonn

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Harro Otto, Bayreuth

Prof. Dr. med. Johannes Pechstein, Mainz

Prof. Dr. theol. Anton Rauscher, Augsburg

Prof. Dr. iur. Wolfgang Rüfner, Köln

Prof. Dr. phil. Manfred Spieker, Osnabrück

Prof. Dr. iur. Herbert Tröndle, Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Wolfgang Waldstein, Salzburg

Prof. Dr. iur. Ralph Weber, Rostock

Prof. Dr. phil. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Die Gelegenheit

Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik betrifft nach Aussagen der PID-Befürworter nur eine überschaubare Zahl von potentiellen Nutzern. Es ist die Rede von einigen hundert Fällen pro Jahr, in denen das aufwendige Diagnoseverfahren mit anschließender Embryo-Selektion zur Anwendung kommen soll. Dabei handelt es sich freilich um grobe Schätzungen. Angesichts von jährlich weit über 100.000 statistisch erfassten Abtreibungen könnte man trotzdem meinen, dass der publizistische Aufwand, mit dem die Debatte um die Zulassung bzw. das Verbot der PID begleitet wird, nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zur Bedeutung der Sache steht.

Richtig an diesem Gedankengang ist, dass es wünschenswert wäre, wenn die viel weiter entwickelten ungeborenen Kinder, die bei Abtreibungen getötet werden, die gleiche öffentliche Aufmerksamkeit erfahren würden, wie die im Rahmen der PID künstlich erzeugten Embryonen. Falsch wäre es dagegen, die gesellschaftliche Tabuisierung der Abtreibungsfrage zu benutzen, um den Mantel des Schweigens auch über die in vitro gezeugten Embryonen zu legen – bloß weil es sich nicht um eine sehr hohe Zahl handelt. Es geht bei der PID – wie übrigens auch bei der Abtreibung – nicht primär um die Quantität, sondern um die Qualität des Eingriffs: geht es um „Selbstbestimmung“ oder werden hier Mitmenschen (im frühen Entwicklungsstadium) getötet?

Das Tötungsverbot ist nicht irgendein Rechtsgrundsatz, sondern ein zentraler. Wenn nicht das Leben eines Menschen als solches ausreicht, um die staatliche Gemeinschaft als Garant und Beschützer auf den Plan zu rufen, dann ist – potentiell – jeder in seinem Lebensrecht gefährdet. Ausnahmen vom Tötungsverbot sollten nur in unabweisbaren Konfliktsituationen zugelassen werden. Bei allem Verständnis für Paare, die ihrem Nachwuchs keine genetische Erkrankung mitgeben wollen, gibt es doch gerade bei der PID eine zumutbare Alternative: den Verzicht auf eigene Kinder. Das ist für die Betroffenen sicherlich keine einfache Entscheidung.

Aber der Gesetzgeber sollte den Mut haben, ein solches Verhalten einzufordern.

Es geht eben nicht nur um individuelle Lebensvorstellungen und Fortpflanzungswünsche, sondern um fundamentale Verfassungsprinzipien. An irgendeinem Punkt muss der Schutz des sich entwickelnden Menschen konkret werden. Sonntagsreden und hehre Grundsätze in Verfassungsgerichtsentscheidungen, die keine praktischen Auswirkungen haben, sind zu wenig. Da es der Gesetzgeber versäumt hat, wirksame Bestimmungen zum Schutz ungeborener Kinder zu schaffen, sollte er wenigstens die Gelegenheit der gesetzlichen Regelung der PID nutzen, ein weiteres Abgleiten in die Beliebigkeit im Umgang mit menschlichen Embryonen zu verhindern.

Rainer Beckmann

Prof. Dr. Walter Schweidler, Eichstätt*

Gibt es eine moralische Pflicht zur Organspende?

- Thesen zu einem umstrittenen Thema -

Die philosophische Frage nach dem moralischen Status der Organspende und des gesellschaftlichen Interesses an ihr ist von grundsätzlicher Bedeutung, die weit über die eigentlichen Entscheidungsfälle hinausgeht, in denen sie sich uns im Alltag stellt. Geht man ihr nach, so stößt man auf die zentralen Probleme, die sich in der bioethischen Bestimmung des Verhältnisses zwischen Person und Gesellschaft stellen. Die Diskussion um eine „Erklärungspflicht“ zur Organspende, aber auch die Frage nach der Bedeutung von Patientenverfügungen, dem Umgang mit der „Apparatemedizin“ und der Verfügbarkeit des menschlichen Leibes für soziale Interessen, führen allesamt in denselben Problemerkern, um den es in den folgenden Bemerkungen zu einem aktuellen bioethischen Problem geht. Am Anfang des kritischen Nachdenkens muss dabei, wie im Grunde immer in der Philosophie, die Begriffsklärung stehen.

1. Die „Organspende“ ist keine Spende.

Im Wort „Organspende“ steckt bereits eine Vorentscheidung unserer gesamten Frage, denn es suggeriert, dass jemand hier etwas „spendet“, d. h. aus seinem Besitz und Eigentum freigibt, um einem anderen zu helfen. Wir scheinen uns hier also im Bereich der sog. „Hilfs-“ oder „Liebespflichten“ zu befinden, für deren Erfüllung es zwar keinen konkreten Anspruchsgegner gibt, gegen die wir aber verstoßen, wenn wir sie prinzipiell verweigern. Man spricht heute auch von den „supererogatorischen“ Verhältnissen. Diese sind gegeben, wo jemand Gutes tut, das auch getan werden soll, das aber gerade von ihm persönlich niemand zu verlangen berechtigt ist: Wohltätigkeit, Dankbarkeit, Großzügigkeit – und eben die Bereitschaft zum „Spenden“.

Die konstitutive Situation, in der solche Hilfspflichten entstehen, ist die zwischen mir und einem unbestimmten, aber bedürftigen Empfängerkreis einer möglichen Sach- oder Dienstleistung. Es gibt bedürftige Menschen, und man soll ihnen helfen; aber es hat nicht ein bestimmter Bedürftiger einen Anspruch, mit dem er gerade von mir eine Leistung an ihn einfordern könnte. Diese Situation ähnelt in gewisser Hinsicht der Lage bei der Organtransplantation, aber eine Vergleichbarkeit ist trotzdem nicht gegeben: Weder handelt es sich bei Organen um Sachen in meinem Besitz oder Eigentum noch ist die Handlung, um deren ethische Beurteilung es hier geht, primär meine. Denn zwischen mich und den Bedürftigenkreis tritt als primäres Subjekt des Handelns der Arzt, der mein Leben erhält und der diese Erhaltung beendet, indem er mir Organe entnimmt.

Alle entscheidenden Stationen der Handlung, um deren Beurteilung es hier geht, sind in erster Linie auf das Verhältnis zwischen dem Arzt und mir bezogen und haben mit Kategorien wie Körperverletzung, möglicherweise Tötung, Lebenserhaltung, Lebensverlängerung, Behandlungsabbruch, Lebensrettung und Leidminderung zu tun, aber gar nichts mit einer Spende.

Daraus folgt nun schon eine bedeutsame sprachliche Korrektur. Eine Frage wie die folgende: „Darf ich die Verfügung über meine Organe verweigern, wenn sie nach meinem Tode bzw. in einem Zustand erfolgt, in dem sie mir mit Sicherheit nichts mehr nützen und wenn durch sie schwere Leiden gelindert oder sogar Leben gerettet werden können?“ ist dem Problem prinzipiell unangemessen. Sie verstellt den Blick auf die eigentliche ethische Problematik. Im Grunde enthält diese Fragestellung bereits eine eindeutige Vorentscheidung hinsichtlich der philosophischen Position, von der aus die Organtransplantation ethisch beurteilt werden soll, nämlich die Vorentscheidung für eine handlungsutilitaristische Auffassung. Der Handlungsutilitarismus ist jedoch aus prinzipiellen philosophischen Erwägungen unannehmbar.

2. Zur Beurteilung einer möglichen Organspendepflicht kommen nur zwei philosophische Grundpositionen in Betracht: die utilitaristische und die deontologische. Zumindest der Handlungsutilitarismus verbietet sich aus grundsätzlichen philosophischen Erwägungen.

Ethik hat den Sinn, die Differenz zwischen gut und schlecht zu begreifen. Es gibt heute im Wesentlichen zwei prinzipielle Antworten auf die Frage, worin dieser Unterschied besteht. Die utilitaristische Antwort besagt, dass es sich um einen Unterschied zwischen bewussten Zuständen handelt, d. h. gut ist, was uns Glück empfinden lässt, schlecht ist, was uns Leid empfinden lässt. Gut ist die Mehrung von Glück und die Minderung von Leid, und moralische Forderungen richten sich letztlich darauf, dass wir das Glück unserer Mitmenschen mehren und ihr Leid mindern sollen. Die deontologische Antwort hingegen besagt, dass nicht Bewusstseinszustände, sondern Handlungen und eigentlich Handlungsweisen letztlich gut oder schlecht sind. Eine mutige Tat, mit der ein Mensch einen Ertrinkenden zu retten versucht, kann auch dann etwas in sich Gutes sein, wenn dabei schließlich beide ertrinken und Leid also noch gemehrt wird. Eine Lüge ist in sich schlecht,

* Prof. Schweidler ist Inhaber des Lehrstuhls für Philosophie an der Katholischen Universität Eichstätt

selbst wenn sie einen anderen Menschen vor einer leidvollen Einsicht bewahrt. Moralische Forderungen und damit zwischenmenschliche Verpflichtungen richten sich letztlich darauf, gute Handlungen zu vollbringen und schlechte zu unterlassen.

Wir brauchen die Auseinandersetzung zwischen der utilitaristischen und der deontologischen Auffassung in unserem Zusammenhang nicht grundsätzlich zu diskutieren, aber wir müssen, um die in (1) genannten Vorentscheidungen zu entkräften, zumindest die eine Extremposition zurückweisen, die man als Handlungsutilitarismus bezeichnet. Der Handlungsutilitarismus besagt ganz einfach und radikal: Menschliche Handlungen sind moralisch geboten, wenn sie Leidzustände mindern bzw. Glückszustände mehren. So gesehen, kommt es für uns auf nichts anderes an als auf die Abwägung der Leid- und Glücksbilanz, die sich durch die Handlung Organspende (wer immer an dieser Handlung beteiligt sein mag) im Vergleich zu ihrer Verweigerung ergibt. Der Spender merkt nichts mehr davon, der Empfänger lebt weiter und der Arzt hat etwas zu tun: nur Vorteile, keine Nachteile.

Der Handlungsutilitarismus stößt jedoch auf der rein theoretischen Ebene des philosophischen Nachdenkens auf unüberwindliche Schwierigkeiten:

(1) Er kann die Unbedingtheit moralischer Verpflichtung nicht rekonstruieren: Wenn unser Handeln nur dann gut ist, wenn es die Glücksbilanz der Welt mehrt, dann wissen wir niemals sicher, ob wir etwas Gutes getan haben. Selbst der von mir vor dem Ertrinken Gerettete kann einen Nachkommen zeugen, dessen Nachkomme in tausend Jahren zum Massenmörder wird. Aber unsere moralische Überzeugung, dass es gut ist, wenn ein Mensch einen anderen rettet, beruht nicht auf einer Wahrscheinlichkeitsabschätzung, dass wir damit voraussichtlich mehr Glück als Leid bewirken, sondern auf einem unmittelbaren Gewissensurteil. Sonst müssten wir etwa im Fall von Hungerkatastrophen in unterentwickelten Ländern erst sehr genau darüber nachdenken, ob wir nicht, wenn wir die Menschen dort durch kurzfristige Hilfe vor dem Verhungern retten, dafür sorgen, dass sie sich weiter fortpflanzen und künftiges Leid schon vorprogrammiert wird.

(2) Der Handlungsutilitarismus liefert die Bewertung einer Handlung dem reinen Zufall aus: Wer sein Kind aussetzt, bewirkt Leid, wenn es in schlechte und Glück, wenn es in gute Hände kommt; soll davon aber die Beurteilung der Handlung abhängen?

(3) Der Handlungsutilitarismus lässt unter Umständen gravierende Ungerechtigkeiten moralisch geboten erscheinen. Was ist, wenn die Opferung einer störenden Minderheit das Glück einer sehr großen Mehrheit steigert? Was ist, wenn mit den Organen eines gesunden Menschen viele schwer Leidende geheilt werden könnten? Der Handlungsutilitarismus muss hier, um unsere moralischen Intuitionen zu rekonstruieren, Zu-

satzannahmen (Menschenrechte, Goldene Regel etc.) einführen, die er selbst nicht mehr begründen kann.

(4) Der Handlungsutilitarismus kann nicht definieren, was überhaupt Glück heißt. Wie soll das Befinden eines schwer behinderten Menschen in seiner Glücks- und Leidbilanz gegen das anderer Menschen abgewogen werden? Und warum soll man überhaupt zwischen menschlichem und tierischem Leid unterscheiden? Wenn es nur auf das Empfinden von bewussten Zuständen ankommt, dann ist nicht einzusehen, warum ein menschliches Leben schützenswerter sein soll als das eines hochentwickelten Tieres. Wie also soll man Glück messen? Im Grunde hat der Handlungsutilitarist, wenn er konsequent ist, nur die Antwort: mit Geld! Wofür der Mensch zu zahlen bereit ist, daran liegt ihm etwas und das macht ihn wohl glücklich. Wenn man so denkt, dann muss man auch davon ausgehen, dass der Kauf einer Niere von einem Menschen in Indien, der durch den Erlös sich und seine Familie für ein paar Jahre mehr durchs Leben bringen kann, ja offenbar dessen Glück steigert und moralisch zumindest gerechtfertigt ist. Auf einer solchen rein quantitativ-finanziellen Ebene wäre dann allerdings gar nicht mehr zu begründen, warum wir für die unter Umständen noch ganz zweifelhafte Rettung oder Heilung weniger Menschen den riesigen medizinischen Aufwand treiben, der mit der Organtransplantation verbunden ist. Könnte man mit dem Geld, das eine Herzverpflanzung kostet, nicht einer großen Zahl von Menschen viel mehr Glück bereiten als dem einen Kranken, dem gegenüber wir uns da zur Hilfe verpflichtet fühlen?

Der Grundfehler des Handlungsutilitarismus besteht in der Verwechslung des Leidzustands als solchen mit dem Grund, aus dem uns als Menschen geboten ist, Leid zu lindern. Dieser Grund ist nicht das Leid, sondern der leidende Mensch. Wenn Leiden in sich schlecht, also etwas an sich Vernichtungswürdiges wäre, dann würde dies bedeuten, dass jedes irreversibel leidende menschliche Leben an sich vernichtungswürdig wäre. Der ganze Sinn des ärztlichen Berufs beruht aber auf der gegenteiligen Überzeugung, nämlich dass der leidende, auch der irreversibel leidende Mensch, die gleiche Würde hat wie jeder andere und gerade deshalb einen Aufwand verdient, den die anderen nicht brauchen. Wenn wir uns zur Hilfe und Heilung verpflichtet fühlen, dann nicht deshalb, weil wir an der Mehrung von Glückszuständen in der Weltbilanz interessiert sind, sondern weil wir das natürliche Streben jedes Menschen respektieren, nicht zu leiden und glücklich zu sein. Nicht der Leidenszustand als solcher, sondern das Streben und Wollen der anderen Person ist der Grund, aus dem wir verpflichtet sind, Leidenszufügung zu vermeiden. Nicht der Unwert des Leidens, sondern der Wert der leidenden Person begründet moralische Verpflichtung.

Das allerdings war nun bereits eine deontologische Antwort. Wir brauchen uns hier mit der Diskussion der

ernst zu nehmenden Alternative, nämlich des Regelutilitarismus, der besagt, dass gut diejenige menschliche Handlung ist, die nach einer Regel erfolgt, welche menschliches Glück mehrt und Leid mindert, nicht zu befassen; denn der Regelutilitarismus hat eine Voraussetzung, die er mit dem deontologischen Standpunkt teilt und die genau das beinhaltet, was uns zwingt, die anfangs genannte Frage „Darf ich die Verfügung über meine Organe verweigern...“ zu revidieren und zurückzuweisen. Diese Voraussetzung muss nun in den Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit treten.

3. Primärer und ursprünglicher Gegenstand ethischer Beurteilung sind Typen von Handlungen. Eine vom Typ her in sich gute Handlung kann durch Umstände oder Intention zu einer schlechten werden; das Umgekehrte gilt nicht.

Der Handlungsutilitarismus basiert auf einem strikt nominalistischen Handlungsbegriff: Es ist völlig egal, wie eine bestimmte Handlung zu beschreiben oder zu klassifizieren ist, denn es zählen nur ihre Folgen in der abstrakten Glücks- oder Leidbilanz. Sobald man den Handlungsutilitarismus ablehnt, muss man auch diesen Handlungsnominalismus fallenlassen.

Entscheidend für die Bewertung einer einzelnen Handlung ist, ob sie unter einen ethisch erlaubten, verbotenen oder neutralen Typ von Handlung zu subsumieren ist. Eine äußerlich gleiche Handlung kann unter völlig verschiedene Handlungstypen zu subsumieren sein, z. B. Sprengung eines baufälligen Hauses oder Mordanschlag auf einen darin befindlichen Menschen, Verabreichung eines Schmerzmittels oder Doping usw. Alle ethischen Positionen mit Ausnahme des Handlungsutilitarismus setzen notwendig eine Einigung über die Klassifizierung der in Frage stehenden Handlung voraus. Kants kategorischer Imperativ läuft leer, wenn man z. B. eine Diebstahlhandlung nicht als solche, sondern als Wegnahme oder Ausgleichsakt bezeichnet. Aber auch der Regelutilitarismus funktioniert nicht mehr, wenn man sich nicht über den Typ einig ist, unter den die in Frage stehende Handlung fällt. Die Regel, dass zu medizinischen Zwecken einer Leiche Körperteile entnommen werden dürfen, ist unter utilitaristischen Gesichtspunkten sicher positiv zu bewerten, während die Regel, dass unschuldige Menschen zu medizinischen Zwecken getötet werden dürfen, auch unter utilitaristischen Gesichtspunkten als unsittlich gelten muss. Was aber tut ein Arzt, der dem künstlich beatmeten und durch Elektrolytenzufuhr am Leben gehaltenen Körper eines Menschen, dessen Hirnfunktionen irreversibel erloschen sind, das Herz entnimmt? Tötet er oder verwertet er Leichenteile? Die Entscheidung über die ethische Bewertung fällt also wesentlich schon jenseits aller theoretischen Antithesen auf der Ebene der Handlungsbeschreibung, d. h. der richtigen Subsumtion einer Handlung.

Dieser ganze entscheidende Bereich aber ist es, der in der genannten Ausgangsfrage und in dem Wort „Organspende“ schon übersprungen ist. Denn die Handlung, die darüber entscheidet, ob es eine Pflicht zur „Organspende“ gibt, ist in allen wesentlichen Etappen die Handlung des Arztes. Genauer muss man sagen: Es sind mehrere deutlich getrennte, aber vom Sinn her eng zusammenhängende Handlungen verschiedener Ärzte, die den Komplex bilden, den man möglichst macht, wenn man seine Organe „spenden“ will:

1. die Aufrechterhaltung der Funktion bestimmter Organe im Körper eines Menschen mit medizintechnischen Mitteln, der ohne den Einsatz der entsprechenden Apparate bereits tot (in jedem denkbaren Sinn des Wortes) wäre,
2. die Organentnahme, die den ganzen Sinn der vorherigen Funktionserhaltung bildet und mit der diese Erhaltung dann auch endet,
3. die Transplantation des Organs in den Leib eines lebenden, auf Heilung oder Hilfe angewiesenen Patienten.

Der mindestens aus diesen drei Teilen bestehende Handlungskomplex steht daher in Frage, wenn es darum geht, ob ich die Pflicht habe, ihn in einem konkreten, potentiellen Fall möglich zu machen, nämlich in dem Fall, dass ich in eine Situation käme, die mich zum geeigneten Objekt der Anwendung der genannten medizintechnisch eröffneten Praktiken machen würde. Das traditionell anerkannte Schema der ethischen Klassifikation von Handlungen unterteilt in die in sich guten, die in sich schlechten und die ethisch neutralen Handlungstypen. Zur Beurteilung einer konkreten Handlung ist allerdings nicht nur die Subsumtion unter einem derartigen Typ, sondern noch ein zweiter Schritt erforderlich, nämlich der Einbezug der konkreten Umstände der Handlung sowie der Intention, aus der heraus sie erfolgt. Hier besteht eine wesentliche Asymmetrie. Eine vom Typ her gute Handlung kann durch Umstände (man hilft einem verletzten Mörder, der Polizei zu entkommen) oder Intention (man hilft, um in die Zeitung zu kommen) zu einer schlechten werden, nicht aber umgekehrt (eine Vergewaltigung bleibt eine in sich schlechte Handlung, auch wenn Täter und Opfer verheiratet sind, Folter bleibt schlecht, auch wenn sie in der Absicht geschieht, Menschenleben zu retten). Das bedeutet, dass man sich, wenn man als „Spender“ durch die Ermöglichung des skizzierten Handlungskomplexes Organtransplantation zu verantworten hat, sich nicht nur fragen darf, wem im 3. Schritt das eigene Organ zugutekommt, sondern dass man genauso fragen muss, wie die ersten beiden Schritte, die der dritte notwendig voraussetzt, vom Typ her zu beurteilen sind und darüber hinaus, inwiefern man, falls es sich dabei um gute oder neutrale Handlungstypen handelt, die Verantwortung für die potentielle Unsittlichkeit übernimmt, die durch schlechte Umstände oder Intention in sie hineinkom-

men können. Zu fragen ist also zunächst, wie die Handlungen, die zum Gesamtkomplex Organtransplantation gehören, überhaupt zu beschreiben sind, dann wie sie vom Typ her ethisch zu beurteilen sind und schließlich, inwiefern ihre Anfälligkeit für schlechte Umstände bzw. Intention dem „Organspender“ möglicherweise zuzurechnen ist.

4. Die Verantwortung für die Beschreibung einer Handlung trägt der Handelnde immer auch selbst; sie kann ihm weder von der Wissenschaft noch von der Gesellschaft abgenommen werden. Die Frage, ob ein Mensch nach dem Absterben aller Hirnfunktionen tot ist, kann moralisch verbindlich weder von der Medizin noch vom Gesetzgeber, sondern muss vom Arzt, aber auch von einem potentiellen „Organspender“ höchstpersönlich beantwortet werden. Gegen die Annahme des sog. Hirntodkriteriums sprechen gewichtige Einwände, die sich aus dem Prinzip der Untrennbarkeit von Personsein und Menschsein ergeben.

Ob die Kriterien, durch die der Tod eines Menschen definiert ist, gegeben sind, entscheidet im Zweifelsfall der Arzt, und zwar als Mediziner, d. h. aufgrund seiner wissenschaftlichen Kenntnisse. Aber welche Kriterien den Tod definieren, entscheidet nicht die medizinische Wissenschaft. Der Begriff „Tod“ hat eine unaufhebbar normative Seite. Die Pflichten, die wir einem Toten gegenüber haben, unterscheiden sich radikal von denen gegenüber demselben Menschen als lebendigem. Eine Kernpflicht gegenüber dem lebendigen Menschen ist, ihn am Leben zu erhalten, wenn er bedroht ist. Eine Kernpflicht gegenüber dem toten Menschen ist, ihn zu begraben oder auf andere würdige Weise aus der Gemeinschaft der Lebendigen zu verabschieden. Bei einem Menschen, dessen Hirnfunktionen erloschen sind, stehen wir zwar in gewisser Weise zwischen diesen beiden Pflichtbereichen. Es wäre unsinnig, ihn zu begraben, solange noch Körperfunktionen andauern, deren Erlöschen gerade den Sinn des Begrabens ausmacht. Es ist aber auch nicht geboten, ihn mit allen Mitteln am Leben zu halten. Normalerweise träte in diese Kluft die ebenso fundamentale Pflicht, ihn würdig sterben zu lassen. Unsere Antwort auf die Frage, in welchem Zustand sich dieser Mensch befindet, wird in jedem Fall ein Ausdruck unserer Entscheidung hinsichtlich der Frage sein, welche Pflicht wir ihm gegenüber haben. Auch wenn wir uns gegen diese Einsicht wehren, dann bedeutet das nur, dass wir unsere Verantwortung nicht voll wahrhaben wollen und sie auf diejenige Instanz abschieben, die die Kompetenz hat, die Erfüllung der von uns festgelegten Kriterien festzustellen.

Was ist eigentlich der Grund für die Unentschiedenheit, in die wir durch den hier in Frage stehenden Handlungskomplex geraten sind? Unsere Unsicherheit hat zweifellos damit zu tun, dass der medizinische Fort-

schrift mit der Möglichkeit der künstlichen Funktionserhaltung der Organe eines sog. Hirntoten eine neue Art von Handlung eröffnet hat, die es früher nicht gab. Es ist charakteristisch für die Wissenschaft, dass sie dies kann. Wir werden ja zunehmend mit neuen, bisher ungeahnten Handlungsmöglichkeiten konfrontiert, die durch wissenschaftlichen Fortschritt geschaffen worden sind: Reproduktionsmedizin, pränatale Diagnostik, Gentechnologie sind die augenfälligsten Beispiele. Aber es ist doch eine Tatsache, dass durch diese medizinisch-naturwissenschaftlichen Neuentwicklungen die Frage nach ihrer ethischen Beurteilung in keiner Weise außer Kraft gesetzt worden ist; im Gegenteil, wir haben nie ernster mit ethischen Fragen der Medizin gerungen als heute. Daran zeigt sich, dass die Wissenschaft zwar neue Handlungstypen schaffen, dass sie aber nicht die fundamentalen ethischen Bewertungskategorien selbst verändern kann. Ob ein neu eröffneter Handlungstypus gut, schlecht oder neutral ist, das entscheidet sich nach Kriterien, die vom wissenschaftlichen Fortschritt unabhängig sind und an denen er vielmehr wieder gemessen werden muss. Das bedeutet nicht, dass es nicht letztlich die Ärzte wären, die die ethische Verantwortung für neue Handlungstypen zu tragen hätten. Aber sie tragen diese Verantwortung nicht als Mediziner. Es ist der uralte, genuine Anspruch des Arztberufs, dass die Gesellschaft ihm eine ethische Kompetenz in Lebensfragen übertragen hat, die mit der medizinischen Fachkompetenz faktisch aufs Engste verknüpft, aber sachlich nicht mit dieser identisch ist. Eine solche Delegationsmacht für ethische Kompetenz hat die Gesellschaft; aber weder sie noch die medizinische Wissenschaft haben die Macht, Handlungsbereiche zu erzeugen, die der ethischen Beurteilung überhaupt entzogen wären. Sonst hätte die Menschheit sich schon längst durch Schaffung neuer Lebens- und Handlungsbereiche dem Konflikt zwischen gut und schlecht entziehen können. Die ethischen Grundkategorien legen sich wie Licht und Schatten über jedes neu eroberte Stück Land des gesellschaftlichen Fortschritts.

Aus alledem folgt, dass es zwar letztlich Ärzte sind, die die Realisierung des Handlungstyps bzw. -komplexes Organtransplantation zu verantworten haben, dass jedoch niemand von uns davon entbunden ist, zu der Frage Stellung zu nehmen, ob sie diese Verantwortung tragbar oder untragbar wahrnehmen, ob also Organtransplantation moralisch richtig oder falsch ist. Die Ärzte können sich irren, und wenn das der Fall sein sollte, trägt jeder, der sich an der Umsetzung dieses Irrtums in die Realität beteiligt, Verantwortung für ihn.

Darum haben wir nicht nur das Recht, sondern die ethische Pflicht, zu fragen, ob die Funktionserhaltung der Organe eines Menschen nach dem irreversiblen Absterben seiner Hirntätigkeit ethisch als Handlungen des Arztes an einer lebenden Person oder an einem toten Menschen zu klassifizieren ist. Um eine Pflicht zur

Organspende zweifelhaft zu machen, genügt es, wenn ernsthafte, nicht eindeutig widerlegbare Einwände gegen die letztere Auffassung, also gegen das sog. Hirntodkriterium bestehen.

Das aber ist der Fall: Wer das Absterben der Hirnfunktionen mit dem Tod des Menschen identifiziert, ist dadurch gezwungen, zwischen dem biologisch konstituierten leiblichen Leben des Menschen und seiner personalen Existenz zu differenzieren, also kurz: einen Unterschied zwischen Menschsein und Personsein zu machen. Denn der Körper des „Hirntoten“ ist ein menschlicher Leib. Nun ist nach dem Absterben der Hirnfunktionen in diesem Leib noch Leben. Niemand behauptet, dass das Funktionieren der Organe künstlich erzeugtes Leben sei. Die Apparate und Methoden, die die Organe in Funktion halten, bringen Leben nicht aus toter Materie hervor, sondern konservieren es dort, wo es ohne sie schnell absterben würde. Der angeblich Verstorbene ist an deren Leben zumindest insofern beteiligt, als wir es ihm, d. h. seinem vorangegangenen Leben als notwendiger Bedingung verdanken. Wenn der Vorgang, der in dem Leib des sog. Hirntoten noch abläuft, Leben ist, es den Menschen als Träger und Subjekt dieses Lebens aber nicht mehr geben soll, dann muss man also so etwas wie ein herrenloses, anonymes Leben annehmen, das sich in dem Augenblick einstellt und abspielt, in dem die Hirnfunktionen eines Menschen wegfallen. Und dieses anonyme Leben gibt es noch, nachdem die organische Ganzheit des Menschen, der Integrationszusammenhang, durch den er zum absolut schützenswerten, uns in bestimmter Weise unantastbaren Wesen wird, aufgehört hat zu existieren. Das, was den Menschen unantastbar macht, d.h. was zwar verletzt, ihm aber trotzdem niemals genommen werden kann, nennt man seine Würde, und den Menschen, insofern er diese unantastbare Würde hat, nennt man herkömmlicherweise Person. Also befinden wir uns nach dem Hirntod, sofern man diesen mit dem Tod des Menschen identifiziert, in einem Zustand, in dem noch menschliches Leben, nicht mehr aber die Person existiert, zu der es biologisch vollständig gehört hat. Man hat also eine Differenz zwischen der Existenz von Personalität und der von menschlichem Leben eingeräumt.

Die Differenzierung zwischen Menschsein und Personsein jedoch ist ethisch höchst bedenklich. Sie ist unter deontologischen Voraussetzungen unannehmbar, aber selbst bei rein regelutilitaristischer Betrachtung äußerst angreifbar. Denn ihre Folgen für die künftige Verfassung, in der Menschen sich wiederfinden werden, wenn sie sie akzeptieren, sind aller Wahrscheinlichkeit nach schlecht. Wenn Personsein nicht mehr an die rein faktische Existenz menschlichen Lebens gebunden ist, dann stellt sich unweigerlich die Frage: Wer entscheidet, wo und wann eine Person existiert oder nicht? Peter Singers Antwort, dass die Person nur existiert, wo Bewusstsein, Kognitivität, Kommunikationsfähigkeit,

Zukunftsbezug gegeben sind, ist wegen ihrer offensichtlichen Folgen für die Frage der Unantastbarkeit behinderten Lebens vehement zurückgewiesen worden. Wenn wir Personalität mit derartigen Bewusstseinszuständen und Leistungsvermögen identifizieren, stellt sich die Frage, ob wir selbst überhaupt noch Personen sind, wenn wir schlafen oder ohnmächtig werden. Wenn die Menschenwürde aber nicht an solchen Bewusstseinszuständen hängen kann, warum soll sie dann an die Integrationsleistungen des Gehirns gebunden sein? Die Antwort: Weil nach dem irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen die Rückkehr in einen bewussten, kommunikationsfähigen Zustand endgültig unmöglich ist, verbietet sich, denn sie würde eben voraussetzen, dass die Menschenwürde an solche Bewusstseinszustände gebunden ist. Eine solche Rückkehr ist auch dem Komatösen und manchem Schwerstbehinderten unmöglich. Wer zwischen Personsein und menschlichem Leben differenziert und die Differenz am Fehlen der Integrationsleistungen des Gehirns festmacht, muss auch dem Menschen in dem frühen Zustand, in dem er noch kein Gehirn hat, die Personalität absprechen. Wer antwortet, der Mensch im frühen hirnlosen Zustand sei Person, weil sich aus ihm ja noch die Eigenschaften entwickeln, die uns zur Anerkennung seines Personseins zwingen, hat ja schon wieder bestimmte Eigenschaften mit Personalität identifiziert.

Und welche Eigenschaften sollen das sein? Wenn man sie eng bestimmt: Bewusstsein, Zukunftsbezug, Rationalität etc., steht man wieder vor dem Singer-Problem; und wenn man sie weit definiert: Leidensfähigkeit, Empfindungsfähigkeit etc., dann muss man einer großen Anzahl von Tierarten genauso Personalität zusprechen. Hier zeigt sich, dass das Argument, der irreversible Ausfall der Hirnfunktionen mache die Rückkehr in einen Zustand sich selbst integrierenden organischen Lebens unmöglich, überhaupt nicht zählt; denn sich selbst integrierendes organisches Leben kann nicht über Würde und Unantastbarkeit entscheiden, sonst wäre jeder sich selbst integrierende Organismus so unantastbar wie die menschliche Person. Nein, wer zwischen menschlichem Leben und Personalität einen Unterschied macht, hat sich damit unweigerlich verpflichtet, anzugeben, welche Kriterien außer der Tatsache, dass ich von Menschen gezeugt worden bin, mich zu einer unantastbaren Person machen. Und die Angabe dieser Kriterien ist gleichbedeutend mit einer Selektion zwischen Menschen, die immer willkürlich bleiben wird. Warum verbietet sich, so fragt etwa Dieter Birnbacher¹, dann noch die „Instrumentalisierung“ des Anenzephalen „zu ihm fremden Zwecken - als Instrumentalisierung des Schwächsten und Verletzlichsten“? Der Anenzephal

¹ Dieter Birnbacher, Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren, in: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt (Hrsg.): Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium, Reinbek 1994, 39.

lebt ein Leben, das ebenso abhängig von medizinischen Apparaten ist wie das angeblich anonyme Leben nach dem Hirntod. Für ihn gibt es keinen Weg dorthin, wohin es für den „Hirntoten“ keinen Rückweg gibt. Was an ihm faktisch existiert, findet sich an vielen Tieren genauso. Warum soll er Person sein, der „Hirntote“ aber nicht? Die Grenzziehung ist eben willkürlich, sie drückt nichts anderes aus als unsere Entscheidung, den „Hirntoten“ zur Organentnahme heranzuziehen, den Aneenzephalen aber nicht. Das Todeskriterium, das wir gebildet haben, um diese Entscheidung in die Form einer theoretischen Aussage, einer Tatsachenfeststellung zu kleiden, wird solange Bestand haben, wie wir diese Entscheidung nicht revidieren.

Was aber ist mit der Entscheidung, die doch auch im herkömmlichen Todeskriterium steckt? Sie ist eigentlich eine Entscheidung, nicht zu entscheiden, d. h. das menschliche Leben als personales anzuerkennen und es solange als bewahrenswert zu betrachten, bis unsere Pflichten zur Wahrung der Würde des Toten die Aufrechterhaltung dieser Nichtentscheidung unzumutbar machen.

5. Der die Organtransplantation konstituierende Handlungskomplex muss nicht als Tötungsakt, sondern kann als durch den medizinischen Fortschritt eröffneter Handlungstyp sui generis interpretiert werden. Wer ihn im konkreten Einzelfall ermöglicht, beteiligt sich nicht an einer Tötungshandlung, sondern gestattet einem Arzt, sein Sterben dergestalt zu verzögern, dass die ethisch an sich erlaubte Organentnahme nach dem Tode mit dem Ende des Sterbeprozesses zusammenfällt. Die Entnahmehandlung selbst kann in Verbindung mit der vorherigen Verzögerungshandlung als Unterlassung weiterer Lebensverlängerung betrachtet werden.

Muss man, wenn man das Hirntodkriterium ablehnt, die Organentnahme als Tötungshandlung des Arztes an einem unschuldigen Opfer klassifizieren? Die ethische Beurteilung setzt bei Handlungstypen und nicht bei Zustandsarten an; deshalb steht sie nicht vor der Disjunktion: entweder Verwertung von Leichenteilen oder Tötung einer lebendigen Person. Der sterbende Mensch geht, ontologisch und naturwissenschaftlich betrachtet, sicherlich vom lebendigen zum toten Zustand über; aber das ärztliche Handeln kann sich zu dem Prozess, innerhalb dessen sich dieser Übergang vollzieht, nicht nur auf eine einzige Weise verhalten. Der Arzt muss, etwa wenn es um gerichtsmedizinische Spurensicherung geht, den Todeszeitpunkt punktgenau angeben können. Aber er kann die Frage nach dem Todeszeitpunkt dann in der Schwebe lassen, wenn sein ärztliches Ethos im Umgang mit einem sterbenden Menschen dies zulässt. Zu denken ist etwa an Grenzfälle der Wiederbelebung, in denen mit manchmal sehr gewaltsamen Maßnahmen versucht wird, den Todeszeitpunkt

ganz entschieden zu beeinflussen, d. h. den Sterbenden doch noch dem Tod zu entreißen. Der Handlungskomplex: Versuch, den Sterbenden zu retten, erstreckt sich dabei als Einheit über einen Prozess, zu dem, wenn er keinen Erfolg hat, die Zeitpunkte vor und nach dem Tod des Patienten gleichermaßen gehören. Niemand außer einem Handlungsutilitaristen käme auf die Idee, hier noch eine analytische Trennung einzuführen und das Tun vor dem Todeszeitpunkt als ethisch gerechtfertigt von dem nutzlosen Tun nachher zu trennen. Der Arzt steht eben dem Sterbenden nicht in erster Linie als Beobachter gegenüber, sondern als Begleiter bei.

In dieser möglichen Schwebezone hat nun der medizinische Fortschritt einen ganzen neuen Handlungstypus sui generis eröffnet, eben den Komplex von Funktionserhaltung der Organe eines „Hirntoten“ zum Zweck und mit der Folge der schließlichen Organentnahme. Diese beiden Schritte sind, selbst wenn sie von verschiedenen Personen getätigt werden, doch Teile eines einheitlichen Handlungsaktes, den man als Sterbensverzögerung zum Zweck der Organentnahme am Gestorbenen definieren kann. Bei der ethischen Beurteilung dieses Handlungskomplexes muss man ins Feld führen, dass die Organentnahme am Gestorbenen ohne vorherige Sterbensverzögerung sicher nicht als in sich schlechte Handlung zu betrachten ist, jedenfalls wenn sie zu achtbaren Zwecken erfolgt. Verzichtete ein Arzt auf sinnlose Lebenserhaltungsmethoden nach eingetretenem Hirntod und ließe er den Patienten sterben, um ihm sofort danach Organe zu entnehmen, so würden wir nicht sagen, dass die unterlassene Sterbensverzögerung die Organentnahme sittlich kompromittiert. Wenn das so ist, dann kann man aber ohne Sophisterei auch die Unterlassung der Verlängerung einer zunächst eingegangenen Sterbensverzögerung nicht kritisieren. Entscheidend ist daher hier nur noch die Frage, was es bedeutet, dass die Unterlassung der Weiterführung der Sterbensverzögerung mit einem aktiven Tun, nämlich der Organentnahme, unmittelbar zusammenfällt. Muss in diesem Fall dann nicht doch eindeutig von Lebensbeendigung statt von Abbruch der Sterbensverzögerung gesprochen werden?

Hierzu muss man sagen, dass es einen absoluten Unterschied zwischen Tun und Unterlassen nicht gibt. Eine Mutter, die ihr Neugeborenes verhungern lässt, lässt es nicht sterben, sondern begeht einen Tötungsakt durch Unterlassen. Es gibt, wie Dieter Birnbacher² ausführlich analysiert hat, ein Handeln durch Geschehenlassen; aber es gibt auch umgekehrt ein Geschehenlassen durch Handeln. Worauf es ankommt, ist nicht, ob der Verantwortliche aktive Körperbewegungen ausführt, sondern ob das Ereignis, das nach seinem Tun eintritt, auch ganz unabhängig von seinem Einfluss eingetreten wäre. Wer den vom Dach Abgerutschten, der sich nur noch an seiner Hand festhält, loslässt, etwa weil er

² Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, 103 ff.

Angst hat, mit hinabgezogen zu werden, tut zweifellos etwas Aktives, aber er stößt den anderen nicht hinab, sondern lässt ihn fallen. Das Sterben des „Hirntoten“ ist natürlich vorgegeben und würde sich ohne die künstliche Verzögerung von selbst vollziehen. Wird diese Verzögerung durch Organentnahme beendet, so ist dieser Akt zwar sicher an der Grenze dessen, was man noch ein „Geschehenlassen“ nennen kann, aber was unter Berücksichtigung des gesamten Handlungskomplexes daraus resultiert, kann eben doch als Sterbenlassen bezeichnet werden - und zwar gerade unter Voraussetzung der herkömmlichen Todeskriterien.

Dabei ist allerdings nicht zu vergessen, dass der Begriff „Sterbensverzögerung“ ja etwas an sich Widernatürliches festhält, das als Handlungstypus gewissermaßen dazu neigt, unsittlich zu sein und insofern einer Ergänzung bedarf, die mit Gesinnung und Umständen zu tun hat.

6. Wer den Akt der Sterbensverzögerung zum Zweck und mit der Folge der Organentnahme konkret ermöglicht, trägt Verantwortung für die Möglichkeit der Kompromittierung dieses Handelns durch die Umstände, die gesellschaftlichen Folgen oder die sittlich schlechte Intention des Arztes. Nur die höchstpersönliche Einwilligung des „Spenders“ aufgrund eines gerechtfertigten Vertrauensverhältnisses zu dem die Sterbensverzögerung herbeiführenden Arzt kann dieser Verantwortung gerecht werden. Ohne sie ist die Handlung der künstlichen Sterbensverzögerung ethisch zu verurteilen.

Die anfangs genannte irreführende Ausgangsfrage: „Kann ich die Verfügbarmachung meiner Organe verweigern, wenn...?“ ist aufgrund des jetzt Gesagten zu ersetzen durch die Frage: „Ist die Ermöglichung einer Organtransplantation angesichts der ethischen Natur der zu ihr notwendigen Sterbensverzögerung und Organentnahme ethisch geboten?“ Diese Frage kann angesichts der durchaus problematischen Aspekte der Sterbensverzögerung und ihrer Beendigung durch die Organentnahme sicher nicht abstrakt bejaht werden. Eine Pflicht zur Beteiligung an dieser durch den medizinischen Fortschritt eröffneten neuen Handlungsart gibt es nicht. Andererseits kann jemand aber für den Wunsch, sie zu nutzen, um noch nach seinem Tode hilfsbedürftigen Menschen das Leben zu retten oder zu erleichtern, auch nicht getadelt werden. Wer sich dafür entscheidet, übernimmt aber die Verantwortung, sich über mögliche Umstände und Folgen seines Handelns ein Urteil zu bilden. Auch die Intention des Arztes spielt für die Beurteilung einer Organentnahme, in die ich einwillige, eine zentrale Rolle. Ein Arzt, der etwa die Verfügung über meine Organe nutzen würde, um einen auf sie angewiesenen Patienten zu erpressen, würde eine in sich schlechte Handlung begehen, an der ich mich, wenn sichere Anhaltspunkte für ihr wahrscheinliches Eintreten vorliegen, nicht betei-

ligen dürfte. Wer seine Organe für eine mögliche Transplantation zur Verfügung stellen will, muss sich deshalb ein verantwortliches Urteil über die Situation bilden, in der ihre Verwertung nach menschlichem Ermessen stattfinden wird. Er beteiligt sich an einem Handlungstypus, der zwar nicht in sich schlecht ist, aber durch Umstände oder Intention der Handelnden zum Schlechten gewendet werden kann. Wenn keine Anhaltspunkte für eine solche Wendung zum Schlechten vorliegen, dann bildet der 3. Schritt, die Nutzbarmachung der Organe für hilfsbedürftige Patienten, zweifellos eine Komponente, durch welche der Gesamtkomplex von Sterbensverzögerung und Organentnahme zu einem ethisch akzeptablen, ja wünschenswerten Akt wird. Aber dieser 3. Schritt in all seiner ethischen Qualität reicht eben nicht aus, eine durch Umstände oder Intention ins Schlechte gewendete Handlung nachträglich wiederum zu einer guten zu wandeln.

Es ist überhaupt nicht zu sehen, wie ein so differenziertes Urteil dem „Spender“ durch Angehörige abgenommen oder von diesen für ihn abgegeben werden könnte, insbesondere wenn dieser Akt in der Situation des plötzlichen Eintritts des Sterbensfalls unter dem mit der Organtransplantation verbundenen Zeitdruck gefällt werden muss. Es geht hier nicht nur um den Inhalt des Urteils als solchen, sondern auch um die Tatsache seiner Abgabe. Für eine ethisch so problematische Handlung wie die Sterbensverzögerung und Organentnahme, die ja an einem sterbenden und nicht an einem toten Menschen vorgenommen wird, bedarf der handelnde Arzt nicht einfach einer abstrakten Beurteilung der Auffassungen des Sterbenden, sondern er bedarf einer konkreten Bitte oder doch Willensäußerung, die ihn unmittelbar als Helfer in Anspruch nimmt. Es darf einfach nicht übersehen werden, dass ein Arzt, der einem Sterbenden Organe entnimmt, an die äußerste Grenze des gegenüber einer Person Erlaubten geht und schwerste Verantwortung auf sich lädt. Jede Leichtfertigkeit des Arztes im Umgang mit dieser Verantwortung macht seine Tat objektiv unsittlich und fällt damit indirekt auf den, der sich als „Organspender“ an ihr beteiligt, zurück. Der „subjektive“ Tatbestand der Einstellung des handelnden Arztes zu seinem Tun gehört zu den objektiven Bedingungen des ethischen Wertes der Handlung selbst. Diesen Tatbestand zu ermitteln oder wenigstens Zweifel an seiner ethischen Bedenklichkeit auszuräumen, ist eine Pflicht jeder an den ersten beiden Schritten des Handlungskomplexes beteiligten Person. Man kann zwar realistischlicherweise nicht verlangen, dass ein „Organspender“ konkret den Arzt, der schließlich im Fall des Eintritts der Notlage über seine Organe verfügt, persönlich um diesen Dienst gebeten haben muss. Aber die Verantwortung im Zusammenhang mit dem gesamten Handlungskomplex der Organtransplantation verlangt eigentlich, dass der handelnde Arzt selbst größtes Interesse daran haben muss, dass der „Organ-

spender“ seine Entscheidung aufgrund reiflicher Überlegung im Kontext eines Vertrauensverhältnisses zu einem Arzt konkret geäußert hat. Nicht vom einzelnen operierenden Arzt, aber vom Arztstand als ganzen muss der „Spender“ die Hilfeleistung erwarten und erbeten haben, die er den bedürftigen Empfängern erweist, dem handelnden Arzt aber zumutet.

7. Der potentielle Empfänger eines Organs hat nicht die Verpflichtung, sich aktiv um die Aufklärung der für die ethische Beurteilung der ihm helfenden Handlung relevanten Umstände und Besonderheiten zu bemühen; für ihn genügt es, dass der Handlungstyp Organtransplantation als solcher ethisch nicht zu verurteilen ist. Die Frage, ob er ein Recht auf das Organ des „Spenders“ hat, braucht er sich nicht stellen zu lassen. Eben deshalb kann er aber auch keinen direkten Anspruch darauf erheben, ein Organ zu erhalten. Deshalb verbietet sich jede rechtliche Verknüpfung zwischen der Bereitschaft zur „Organ-spende“ und der Chance, in ihren Genuss zu kommen. Moralisch hingegen ist es ein Gebot der Fairness, von anderen nicht zu erwarten, was man selbst nicht zu geben bereit ist.

Wer zum Überleben oder zur Überwindung schweren Leidens auf ein Spenderorgan angewiesen ist, befindet sich in einer Notlage, in der eine mögliche ethische Verfehltheit der rettenden Handlung solange nicht ins Gewicht fällt, wie er sie nicht aktiv und bewusst bewirkt

oder wider besseres Wissen oder Wissenmüssen in Kauf nimmt. Er braucht sich darum nicht wie der potentielle „Spender“ um die ethische Beurteilung der Situation, in der die Transplantation stattfindet, zu bemühen. Er darf zwar nicht zur Herbeiführung der Situation beitragen, in der das „Spenderorgan“ verfügbar wird, aber er darf auf sie hoffen. Denn er hofft ja nicht auf den Unfall oder das Hirnversagen eines konkreten Menschen, sondern eben ganz abstrakt auf den Eintritt einer Lage, in der ein Organ anfällt, auf das er angewiesen ist.

Aus eben denselben Gründen aber, aus denen er auf diesen Fall hoffen darf, kann er keinen Rechtsanspruch auf die Transplantation erheben. Rechtsansprüche setzen einen konkreten Anspruchsgegner voraus, und eben den gibt es auf diesem Felde nicht. Auch der Arzt ist kein Dienstleister, der unseren Anspruch auf Versorgung mit fremden Organen zu erfüllen hätte, sondern ein Helfer, der uns die Gnade des Schicksals vermitteln kann, die im Tod eines Menschen besteht, der sich zu Lebzeiten entschlossen hatte, seine Organe verfügbar zu machen. Deshalb verbietet sich strikt die Verrechtlichung des Verhältnisses zwischen Organempfänger und Organ-„spender“. Moralisch freilich ist es mit den Geboten der Fairness, also in regelutilitaristischer Interpretation der Goldenen Regel und unter deontologischem Gesichtspunkt der humanen Repräsentativität des eigenen Willens, nicht vereinbar, wenn man selbst die Organe anderer in Anspruch nehmen, seine eigenen jedoch nicht zur Verfügung stellen wollte.

RiOLG Dr. Urban Scheffer, Dresden

Zur Zukunft der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland

I. Einleitung

Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2010¹ hat die Tür zu einer Debatte aufgestoßen, die – trotz mancher kritischen Stimme – lange Jahre beendet erschien. Die Präimplantationsdiagnostik (PID)² wurde in Deutschland nicht durchgeführt.³ Die Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des deutschen Bundestages⁴ genauso wie der Nationale Ethikrat⁵ nahmen übereinstimmend an, dass diese Art von Diagnostik an Embryonen verboten sei. Mit diesem – wenn auch brüchigen – Konsens hat es nunmehr ein Ende. Das Urteil des Bundesgerichtshofs zwingt den Gesetzgeber zu einer Entscheidung, die er wohl gerne noch hinausgeschoben hätte. Zu gegensätzlich sind die vertretenen Ansichten, zu mannigfaltig die Interessen, welche sich in dieser Frage geltend machen, und zu weitreichend die Folgen, die mit einer Zulassung oder mit dem Verbot der PID verbunden sind.

Um es vorweg zu nehmen: Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass die Präimplantationsdiagnostik demnächst in Deutschland zugelassen werden wird. Schon liegen die

- 1 BGH, Urteil vom 6. Juli 2010 – 5 StR 386/09, ZfL 2010, S. 87 – 92 = MedR 2010, S. 844 – 848 mit Anm. Eva Schumann; Hans Georg Dederer, Zur Straflosigkeit der Präimplantationsdiagnostik, MedR 2010, S. 819 – 822; Ulrich Schroth, NJW 2010, S. 2676/7.
- 2 Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht; vgl. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer – Novelle 2006 –, DÄBl. vom 19. Mai 2006, A 1392 ff., 1394 unter 1.7. PID
- 3 Vgl. paradigmatisch die (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006 – der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt vom 19. Mai 2006, A 1392 ff., 1394 unter 1.7. PID.
- 4 Abschlussbericht der Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14. Mai 2002, BT-Drucksache 14/9020.
- 5 „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“, Stellungnahme des nationalen Ethikrates vom 23. Januar 2003.

ersten Gesetzesentwürfe vor, die „Wissenschaft“ befürwortet eine begrenzte Zulassung⁶ und das europäische Ausland ist mit „gutem“ Beispiel vorangegangen. Die knappe Mehrheit, die sich auf dem CDU-Parteitag vom 16. November 2010 in Karlsruhe für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik aussprach⁷, vermag diesen Eindruck nicht zu zerstreuen. Denn die Grenze zwischen Befürwortern und Gegnern der PID verläuft nicht zwischen einzelnen Parteien, sondern über die Parteigrenzen hinweg.

Und so wird es denn vermutlich zu einer weiteren Aufweichung des Lebensschutzes in Deutschland kommen. Schließlich scheinen die Argumente für eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik erdrückend: Wenn denn die Behinderung eines Embryos eine derart große Belastung für die werdende Mutter darstellt, dass sie straffrei oder rechtmäßig zur Abtötung der Leibesfrucht schreiten darf, so wird man ihr wohl – erst recht – nicht verwehren können, aus dem Kreis der extrakorporal gezeugten Embryonen denjenigen auszuwählen, der keine Anzeichen einer chromosomal bedingten Erbkrankheit aufweist. Und ist nicht das „nicht weiter Kultivieren“, die „Verwerfung“ belasteter Embryonen das „mildere Mittel“ gegenüber einem späteren Schwangerschaftsabbruch, der Mutter wie Kind ungleich schwerer belastet? Das Schicksal des weitgehenden Embryonenschutzes scheint also besiegelt.

Im Folgenden sollen, nach Darstellung der Vorgeschichte des BGH-Urteils vom 6. Juli 2010, die tragenden Erwägungen der Entscheidung wiedergegeben werden. Im Anschluss wird ein kurzer Überblick über die Gesetzesentwürfe gegeben, welche nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vorgelegt worden sind⁸ und die Mitte April in den Bundestag eingebracht werden sollen.⁹ Zuletzt werden einige Aspekte der aktuellen Diskussion herausgegriffen und kritisch beleuchtet.

II. Das Urteil des BGH - seine Vorgeschichte und seine Folgen

Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2010 ist der Überzeugungstat eines Berliner Arztes zu verdanken¹⁰. Matthias Bloechle, Frauenarzt mit dem Schwerpunkt Kinderwunschbehandlung, fand sich mit der vorherrschenden Meinung über die Unzulässigkeit der PID nicht ab, untersuchte in den Jahren 2005 und 2006 in drei Fällen Embryonen auf genetische Anomalien, übertrug die unauffälligen Embryonen auf seine Patientinnen und „verwarf“ die überzähligen Embryonen. Auf die Selbstanzeige des Arztes erhob die zuständige Staatsanwaltschaft Anklage vor dem Landgericht Berlin, das mit Beschluss vom 14. März 2008 zunächst die Eröffnung des Hauptverfahrens ablehnte. Die Beschwerde der Staatsanwaltschaft Berlin zum Kammergericht führte dann aber im Ergebnis dazu, dass ein Strafverfahren durchgeführt wurde.¹¹

In dem Verfahren stellten sich zwei grundsätzliche Fragen. Erstens: Verfolgte der behandelnde Arzt mit der künstlichen Befruchtung einen anderen Zweck, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen?¹² Und zweitens: Wurden im Rahmen der PID Embryonen zu einem nicht ihrer Erhaltung dienenden Zweck verwendet?¹³ Eine Bejahung beider Fragen hätte die Strafbarkeit des Berliner Arztes nach den Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes nach sich gezogen. Nicht so das Landgericht Berlin¹⁴ und der Bundesgerichtshof. Sie sprachen den Berliner Arzt mangels eines strafbaren Verhaltens frei.¹⁵

Die maßgeblichen Erwägungen des Bundesgerichtshofs seien hier kurz referiert, ohne dass es an dieser Stelle und im Hinblick auf die nachfolgenden Gesetzesentwürfe auf eine kritische Würdigung ankommen würde.¹⁶ Nach Auffassung des BGH kam es dem Berliner

6 Vgl. die „Ad-hoc Stellungnahme „PID – Auswirkungen einer begrenzten Zulassung in Deutschland“ der Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften in Zusammenarbeit mit acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (für die Union der deutschen Akademie der Wissenschaften) vom Januar 2011; dazu: FAZ Nr. 15 vom 19. Januar 2011, S. 4: „Wissenschaftler für PID“, sowie Peter Graf Kielmannsegg, „Fingierter Konsens in Sachen PID – Ethische Gewissheit im Eilverfahren: Für wen sprechen die Sprecher der Akademien, FAZ Nr. 33 vom 9. Februar 2011, S. 32.

7 Vgl. FAZ Nr. 268 vom 17. November 2010, S. 1: „Der CDU-Parteitag mit knapper Mehrheit für ein PID-Verbot“.

8 Schon in der Vergangenheit hat es nicht an Gesetzesvorschlägen ermangelt: vgl. im Einzelnen die Nachweise bei Eva Schumann MedR 2010, S. 848 ff., 850 mit Fußnote 20.

9 Nach Zeitungsmeldungen soll eine Abstimmung bis Mitte Juli 2011 erfolgen: FAZ Nr. 33 vom 9. Februar 2011, S. 5.

10 Näheres zu der Motivation des Arztes berichtet Nadja Wolf, „Der PID-Pionier und die Grenzen des Gesetzes“, FAZ Nr. 297 vom 21. Dezember 2010, S. 7 (mit namentlicher Nennung des Arztes).

11 Vgl. Beschluss des KG Berlin vom 9. Oktober 2008 – 1 AR 678/06 – 3 Ws 139/08, ZfL 2009, S. 25 – 29 = Gesundheitsrecht 2009, S. 191 – 195.

12 Die hier maßgebliche Strafbestimmung des § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG lautet: „Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft wer (Nr. 2) es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt.“

13 § 2 Abs. 1 ESchG lautet: „Wer einen extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo (...) zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck (...) verwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

14 Landgericht Berlin, Urteil vom 14. Mai 2009 – (512) 1 Kap Js 1424/06 KLs (26/08), ZfL 2009, S. 93 – 97.

15 Nach Daniel Deckers, Eine Frage der Selbstachtung“, FAZ Nr. 271 vom 20. November 2010, S. 1, „bogen die Richter im Einvernehmen mit der Bundesanwaltschaft und in bester sophistischer Tradition deutschen Richterrechts Sinn und Wortlaut des Embryonenschutzgesetzes so lange, bis sie keinen Anlass mehr dafür sahen, das Aussondern von Embryonen mit ‚schweren genetischen Schädigungen‘ unter Strafe zu stellen“.

16 Vgl. zu dem Urteil im Einzelnen: Hans Georg Dederer, Zur Straflosigkeit der Präimplantationsdiagnostik, MedR 2010, S. 819 – 822; Hartmut Kreß, Präimplantationsdiagnostik und Fortpflanzungsmedizin angesichts des ethischen Pluralismus, ZRP 2010, S. 201 – 205; Ulrich Schroth, NJW 2010, S. 2676/7; Eva Schumann MedR 2010, S. 848 – 851.

Arzt bei der künstlichen Befruchtung darauf an, eine Schwangerschaft seiner Patientinnen herbeizuführen, § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG. Dass auf diesem Weg zur Herbeiführung der Schwangerschaft die befruchteten Eizellen zunächst einer Präimplantationsdiagnostik unterzogen und nur diejenigen in vitro erzeugten Embryonen übertragen wurden, die keine genetischen Anomalien aufwiesen, vermag an diesem Ausgangsbefund nach Auffassung des BGH nichts zu ändern. Die genetische Unauffälligkeit des Embryos sei lediglich eine „objektive Bedingung der Übertragung“¹⁷, die Untersuchung der Embryonen ein unselbständiges Zwischenziel, durch das das eigentliche Ziel, nämlich die Herbeiführung der Schwangerschaft, nicht in Frage gestellt werde. Der Eintritt eines positiven Befundes und die daraus resultierende Nichtübertragung des Embryos seien dagegen als außerhalb der Absicht des Arztes liegende, nicht erwünschte Nebenfolgen zu qualifizieren.¹⁸

Aber auch eine Strafbarkeit nach § 2 Abs. 1 ESchG kommt nach Auffassung des Bundesgerichtshofs nicht in Betracht. Denn der menschliche Embryo werde – so der BGH – bei der PID nicht zu einem seiner Erhaltung zuwiderlaufenden Zweck (...) verwendet. Dies gelte sowohl im Hinblick auf die von dem Angeklagten im Rahmen der PID ausgeführten Entnahmen pluripotenter Trophoblastzellen¹⁹ als auch im Hinblick auf das „nicht-weiter-Kultivieren“ der Embryonen mit einer positiv festgestellten genetischen Anomalie²⁰. Denn es sei dem angeklagten Arzt weder möglich noch zumutbar gewesen, die Embryonen gegen den Willen seiner Patientinnen in deren Gebärmutter zu übertragen und sich dadurch u.a. nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 ESchG und § 223 StGB strafbar zu machen.

Für eine gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik, die der Bundesgerichtshof ausdrücklich als wünschenswert bezeichnet²¹ und die in der Literatur²² im Hinblick auf Art. 103 Abs. 2 GG für dringend geboten gehalten wird, lassen sich der Entscheidung mehrere richtunggebende Hinweise entnehmen. Der BGH führt zunächst aus, dass eine PID an totipotenten Zellen, wie sie teilweise im Ausland üblich ist, nach den §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 1 ESchG in Verbindung mit § 8 Abs. 1 ESchG eindeutig untersagt und mit Strafe bedroht sei.²³ Weiterhin beschränkt sich der BGH darauf, die Durchführung einer Untersuchung von Embryonen auf „schwerwiegende genetische Schäden“ für nicht strafbar zu erklären.²⁴ In Reaktion auf das Urteil des Bundesgerichtshofs besteht Einigkeit darüber, dass die zuletzt genannte Vorgabe nicht den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Bestimmtheit von Strafgesetzen genügt und es daher – zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit – dringend einer gesetzgeberischen Entscheidung bedarf. Bisher liegen drei fraktionsübergreifend ausgearbeitete Gesetzentwürfe vor, die im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

III. Die vorliegenden Gesetzentwürfe

1. Der Flach-Entwurf

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach, Peter Hintze, Dr. Carola Reimann u.a.²⁵ (nachfolgend: Flach-Entwurf) stellt zunächst im Hinblick auf § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG²⁶ klar, dass die Präimplantationsdiagnostik nur im Zusammenhang mit der „Herbeiführung einer Schwangerschaft“ rechtmäßig durchgeführt werden kann. Sie soll in zwei voneinander streng zu trennenden Fallgestaltungen zulässig²⁷ sein: Zum einen ist eine Präimplantationsdiagnostik dann möglich, wenn die genetische Disposition der Eltern oder eines Elternteils die hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwere Erbkrankheit²⁸ der Nachkommen begründet²⁹. In diesem Fall kann der Embryo in vitro auf die Gefahr einer solchen Erbkrankheit hin untersucht werden. Zum anderen ist

17 Rz 17 des Urteils.

18 Rz 29 a.E. des Urteils. Der Bundesgerichtshof folgt hier im Wesentlichen der Argumentation u.a. von Ulrich Schroth, Die Präimplantationsdiagnostik im Lichte des Strafrechts, NSZ 2009, S. 233 – 238; a.A.: Rainer Beckmann, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, MedR 2001, S. 169 – 177; ders., Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutzgesetz, ZfL 2009, S. 125–131.

19 Rz 32 ff. des Urteils.

20 Rz 37 ff. des Urteils.

21 Rz 29 a.E. des Urteils.

22 Vgl. Dederer, Zur Straflosigkeit der Präimplantationsdiagnostik, MedR 2010, S. 819 ff., 821; Eva Schumann MedR 2010, S. 848 ff., 849.

23 Rz 22 a.E. und Rz 34 des Urteils.

24 Als Gegenbeispiele nennt der Bundesgerichtshof (Rz 29) die Absicht der Selektion von Embryonen zum Zwecke der Geschlechtswahl, die Zeugung von Embryonen mit bestimmten Immunitätsmustern sowie die Absicht, eine Erkrankung festzustellen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres ausbricht. Vgl. im Hinblick auf die Zeugung von Embryonen mit bestimmten Immunitätsmustern die Nachricht über die Geburt des „Rettungsgeschwisterkindes“ Umut-Talba am 26. Januar 2011 in Frankreich, FAZ Nr. 34 vom 10. Februar 2011, S. 29; Jürg Altwegg, „Sein Name sei Hoffnung – Die Geburt des ‚Doktor-Babys‘ spaltet Frankreich“, sowie Oliver Tolmein, „Instrumentelle Vernunft – Kinder als Mittel zum Erwachsenenzweck“ (ebd.).

25 Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG) der Abgeordneten Ulrike Flach (FDP), Peter Hintze (CDU), Dr. Carola Reimann (SPD), Jerzy Montag (Die Grünen), Dr. Petra Sitte (Die Linke), Heinz Lanfermann (FDP) vom 15. Dezember 2010, abrufbar unter: <http://www.peter-hintze.de>; vgl. dazu: FAZ Nr. 291 vom 14. Dezember 2010, S. 4: „PID-Befürworter uneins“; FAZ Nr. 297 vom 21. Dezember 2010, S. 7: „Befürworter der PID stellen Gesetzentwurf vor“; Dresdner Neueste Nachrichten Nr. 298 vom 22. Dezember 2010, S. 2: „Designer-Babys bleiben tabu“.

26 § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG lautet: „Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt“.

27 Im Gesetzentwurf heißt es: „nicht rechtswidrig“.

28 „Schwerwiegend“ sind nach der Begründung des Gesetzentwurfs Erkrankungen und Chromosomenstörungen, „wenn sie sich durch eine geringe Lebenserwartung (?) oder Schwere des Krankheitsbildes (?) und schlechter Behandelbarkeit (?) von anderen Erbkrankheiten wesentlich (?) unterscheiden“.

29 § 3 a Abs. 2 S. 1 PräimpG-Entwurf.

die PID – ohne chromosomale Veränderung bei den Eltern – erlaubt, um eine schwerwiegende Schädigung des Embryos festzustellen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen würde³⁰. Im Hinblick auf beide Fallgestaltungen verzichtet der Gesetzentwurf im Interesse der Einzelfallgerechtigkeit auf eine Auflistung von Krankheiten, welche „Indikation“ für eine PID sein können.

Die Durchführung der PID selbst unterliegt sodann einem im Einzelnen geregelten Verfahren. Sie setzt eine medizinische und psycho-soziale Beratung³¹, die schriftliche Einwilligung der Mutter³² sowie das positive Votum einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommission voraus.³³ Die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das von dem Paar gezeugte Kind von einer besonders schweren Erbkrankheit betroffen sein wird oder eine Fehl- bzw. Totgeburt zu erwarten ist, ist von einem für die PID geschulten Arzt als Angehörigem eines lizenzierten Zentrums für Fortpflanzungsmedizin zu attestieren.³⁴

2. Der Röspel-Entwurf

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten René Röspel, Priska Hinz, Patrick Meinhardt, Dr. Norbert Lammert³⁵ (nachfolgend: Röspel-Entwurf) befürwortet ebenfalls eine begrenzte Zulassung der PID, verfolgt jedoch einen restriktiveren Ansatz. Kriterium für die PID-Zulassung ist die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des Embryos führende genetische oder chromosomale Disposition der Eltern oder eines Elternteils, welche zu einer Tot- oder Fehlgeburt oder zum Tod im ersten Lebensjahr führen kann³⁶. Mit dieser Festlegung der maßgeblichen Voraussetzung für eine PID verfolgen die Entwurfsverfasser das Ziel, ein möglichst klares Kriterium für eine Grenzziehung zwischen erlaubter und verbotener PID zu schaffen und den Kreis der zulässigen Informationen zu beschränken, die bei einer Diagnose gewonnen werden dürfen.

Dieses Ziel lässt sich nach Auffassung der Entwurfsverfasser – anders als der Flach-Entwurf – nicht erreichen, wenn die PID zur Feststellung „schwerer Erbkrankheiten“ bzw. „nicht heilbarer“ oder „nicht therapierbarer“ Krankheiten zugelassen würde. Denn Erfahrungen im Ausland zeigten, dass eine Eingrenzung der für die Zulässigkeit maßgeblichen Krankheitsbilder nicht möglich sei. Neben einer Festlegung der für eine rechtmäßige PID wesentlichen Voraussetzung sieht der Entwurf eine Reihe ergänzender Bedingungen vor, welche kumulativ vorliegen müssen und die sich im Detail durchaus von dem Flach-Entwurf unterscheiden: Bevor eine PID durchgeführt werden kann, ist die genetische Belastung der Eltern und die zu erwartende Schädigung des Embryos durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission zu prüfen und zu bescheinigen³⁷. Von dieser Bescheinigung hängt die Rechtmäßig-

keit der PID ab, die nur durch einen Arzt, in einer zertifizierten Einrichtung³⁸ und mit schriftlicher Zustimmung der Frau vorgenommen werden kann. Der Arzt, der die Untersuchung des Embryos vornimmt, hat der Frau eine frauenärztlich-reproduktionsmedizinische, humangenetische und psychosoziale Beratung anzubieten³⁹, welche – anders als im Flach-Entwurf – keine zwingende Voraussetzung für die PID ist.

3. Der Bender-Entwurf

Einen völlig anderen Ansatz verfolgt der Gesetzentwurf, welcher von den Abgeordneten Birgitt Bender, Pascal Kober, Dr. Günter Krings u.a. (nachfolgend: Bender-

30 § 3 a Abs. 2 S. 2 PräimpG-Entwurf.

31 Nach der Begründung des Entwurfs soll die medizinische und psychosoziale Beratung die Paare (und nicht nur die Mutter) über „Wesen, Tragweite und Erfolgsraten der genetischen Untersuchung aufklären und den Paaren helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen“.

32 In § 183 BGB ist der Begriff der „Einwilligung“ im Sinne einer „vorherigen Zustimmung“ legaldefiniert.

33 § 3 a Abs. 3 S. 1 PräimpG-Entwurf.

34 Vgl. den Allgemeinen Teil der Entwurfsbegründung unter III. Zwischen den hier aufgeführten Fällen besteht allerdings ein wesentlicher Unterschied: Während die hohe Wahrscheinlichkeit einer schweren Erbkrankheit des Kindes aufgrund der genetischen Disposition der Eltern vor Durchführung der Präimplantationsdiagnostik beurteilt wird, kann die hohe Wahrscheinlichkeit einer Fehl- bzw. Totgeburt erst nach Durchführung der Präimplantationsdiagnostik abgeschätzt werden.

35 Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG) der Abgeordneten René Röspel (SPD), Priska Hinz (Die Grünen), Patrick Meinhardt (FDP), Dr. Norbert Lammert (CDU), u.a., abrufbar unter: <http://priskahinz.de>; vgl. dazu: FAZ Nr. 24 vom 29. Januar 2011, S. 4: „PID-Diagnostik nur bei Lebensfähigkeit erlauben – Abgeordnete um Lammert legen neuen Gesetzesentwurf vor“.

36 § 3 a Abs. 2 Nr. 3 PräimpG-E.

37 Der Entwurf ist an dieser Stelle unklar. In § 8 a Abs. 1 S. 1 des Entwurfes heißt es, dass die Ethikkommission die genetischen Untersuchungen nach § 3 a Abs. 2 Nr. 5 des Entwurfes „überprüfe“. Die in Bezug genommene Bestimmung (§ 3 a Abs. 2 Nr. 5 des Entwurfes) verhält sich indessen nicht zu „genetischen Untersuchungen“, sondern zu der Bescheinigung, welche die Ethikkommission über die Voraussetzungen einer nicht rechtswidrigen Präimplantationsdiagnostik erteilt. Möglicherweise stellen sich die Entwurfsverfasser vor, dass die zu berufende Ethikkommission vorab die Voraussetzungen einer rechtmäßigen Präimplantationsdiagnostik bescheinigt und die dann von einem spezialisierten Arzt vorgenommene Präimplantationsdiagnostik im Nachhinein nochmals überprüft. Erwähnenswert ist weiterhin, dass das Fehlen einer Bescheinigung nach § 3 a Abs. 2 Nr. 5 PräimpG nach dem Entwurf nicht als Ordnungswidrigkeit gehandelt werden soll.

38 Nach dem Willen der Entwurfsverfasser soll von der Bundesregierung nur ein einziges Zentrum benannt werden, das die genetischen Untersuchungen durchführen darf, vgl. § 8 a Abs. 2 S. 1 PräimpG-E. Bei der Benennung soll die Erreichbarkeit des Zentrums für die Bevölkerung berücksichtigt werden.

39 § 3 a Abs. 3 S. 1 PräimpG-E.

Entwurf)⁴⁰ vorgelegt worden ist. Der Entwurf zielt auf ein vollständiges Verbot der PID ab und schlägt zu diesem Zweck eine Änderung des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG)⁴¹ vor. Während der Anwendungsbereich dieses Gesetzes im Falle von „Embryonen und Föten“ bisher auf genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft beschränkt war, sehen die Entwurfsverfasser eine Erstreckung der gesetzlichen Regelungen auf die PID vor Beginn der Schwangerschaft vor. Auf diese Weise wird erreicht, dass sich das vorgesehene strafbewehrte⁴² Verbot dieser Untersuchungsmethode zwanglos in das Gendiagnostikgesetz einfügen lässt. Die maßgebliche Bestimmung findet sich – so der Entwurf – in § 15 a GenDG, der folgenden Wortlaut erhalten soll: „Eine vorgeburtliche Untersuchung an einem durch künstliche Befruchtung extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo, die darauf abzielt, bestimmte genetische Eigenschaften oder das Geschlecht vor Implantation zu erkennen (Präimplantationsdiagnostik) darf nicht vorgenommen werden“.

4. Vergleich und Bewertung der vorgeschlagenen Regelungen

Betrachtet man die nun vorliegenden Entwürfe, so zeigen sich gravierende Unterschiede. Bei dem Flach- und dem Röspel-Entwurf bestehen überdies gesetzestechnische Unklarheiten und offene Regelungsfragen. Im Einzelnen:

Den Verfassern des Bender-Entwurfs stellt sich angesichts des von ihnen intendierten Verbotes der PID die einfachste Aufgabe. Ihnen obliegt es lediglich, das Verbot klar und unmissverständlich zu formulieren. Fraglich könnte allenfalls sein, ob es ratsam ist, es bei einer Änderung und Ergänzung des GenDG zu belassen, enthalten doch die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes nach der Auslegung des BGH kein Verbot der PID. Da jedoch der Bundesgerichtshof selbst die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes nicht isoliert betrachtet, sondern sie in den Zusammenhang mit den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes stellt⁴³, dürfte ein im GenDG angelegtes Verbot der PID unproblematisch auch auf das ESchG Erstreckung finden.

Für die Verfasser des Flach-Entwurfs steht die PID in einem inneren Zusammenhang mit den strafrechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Die PID stellt sich für die Frau als ein gegenüber § 218 a Abs. 2 StGB „weitaus weniger“ belastender Weg dar, da mit ihrer Hilfe spätere Schwangerschaftsabbrüche vermieden werden können. „Bei der Abwägung“ – so die Entwurfsbegründung – „zwischen den Ängsten und Nöten der Betroffenen und ethischen Bedenken wegen der Nichtimplantation eines schwer geschädigten Embryos trifft der Gesetzentwurf eine Entscheidung

zugunsten der betroffenen Frau.“ Angesichts des hier propagierten Modells, durch das im Rahmen der PID eine eugenischen Indikation eingeführt wird, stellt sich das in dem Entwurf prinzipiell aufgestellte Verbot einer genetischen Untersuchung von Zellen eines Embryos in vitro vor seinem intrauterinen Transfer in § 3 a Abs. 1 des Entwurfs als eine überflüssige Floskel dar. Bemerkenswert ist auch, dass nach dem Entwurf ein Zusammenhang mit der genetischen Disposition der Eltern bzw. eines Elternteils dann nicht erforderlich ist, wenn es um die Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos geht, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird. In diesem Fall kann also der Embryo nach allen chromosomalen Veränderungen untersucht werden, wenn diese nur die Gefahr einer Tot- oder Fehlgeburt mit sich bringen. Über den Kreis der hier in Frage kommenden Schädigungen schweigt sich der Entwurf aus. Mit dem Ziel einer indikationsgebundenen Zulassung der PID ist unvereinbar, dass der Entwurf das in § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG enthaltene Verbot einer Befruchtung von mehr als drei Eizellen (sog. „Dreier-Regel“) unberührt lässt. Denn für die Durchführung der PID bedarf es – wie die Begründungen des Röspel- und des Bender-Entwurfes betonen – „nach übereinstimmender Auffassung von Experten“ die Befruchtung von rund acht bis neun Eizellen.

Im Gegensatz zu dem Flach-Entwurf unterstreicht der Entwurf der Abgeordneten René Röspel, Priska Hinz, Patrick Meinhardt, Dr. Norbert Lammert u.a. die Eigenständigkeit der Probleme, die mit der PID verbunden sind. Sie soll allein dazu dienen, die Lebensfähigkeit des Embryos zu überprüfen. Es fällt allerdings auf, dass bei dem Röspel-Entwurf eine Divergenz zwischen Gesetzesformulierung und -begründung besteht. Nach dem Wortlaut von § 3 a Abs. 2 Nr. 3 des Röspel-Entwurfs bedarf es – erstens – einer genetischen oder chromosomalen Disposition der Eltern oder eines Elternteils, die – zweitens – mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Schädigung des Embryos, Fötus oder Kindes zur Folge hat, welche – drittens – zur Tot- oder Fehlgeburt oder zum Tod im ersten Lebensjahr führen kann. Entgegen dieser Ge-

40 Gesetzentwurf der Abgeordneten Birgitt Bender, Pascal Kober (FDP), Dr. Günter Krings (CDU), Ulla Schmidt (SPD), Johannes Singhammer (CSU), Kathrin Vogler (Linkspartei), Dorothee Bär (CSU), Steffen Bilger (CDU), Elke Ferner (SPD), Ingrid Fischbach (CDU), Dr. Maria Flachsbarth (CDU), Katrin Göring-Eckardt (Die Grünen), Rudolf Henke (CDU), Ansgar Heveling (CDU), Markus Kurth (Die Grünen), Andrea Nahles (SPD), Wolfgang Neskovic (Linkspartei) u.a. eines Gesetzes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik (PID), abrufbar etwa unter www.pascal-kober.net. Vgl. zu diesem Entwurf: FAZ Nr. 33 vom 9. Februar 2011, S. 5: „PID-Gegner legen Entwurf vor“.

41 Gesetz über genetischen Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) vom 31. Juli 2009, BGBl. 2009 I S. 2529 ff.

42 Vgl. Art. 5 des Gesetzentwurfs, der eine Ergänzung von § 25 GenDG um einen 4. Absatz enthält.

43 Vgl. BGH, Urteil vom 6. Juli 2010 – 5 StR 386/09, unter III. 1. c aa) (2) (c) Rn 28.

setzesfassung muss nach der Begründung des Gesetzesvorschlags nicht nur für die Schädigung des Embryos, sondern auch für die Tot- oder Fehlgeburt oder für den Tod im ersten Lebensjahr eine „hohe Wahrscheinlichkeit“ bestehen. Eine derartige doppelte Einschränkung findet sich in dem Gesetzesvorschlag nicht wieder. Der Flach-Entwurf ist insoweit präziser gefasst, da hier von einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos die Rede ist, „die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird“.

Entgegen dem Flach-Entwurf, der die Feststellung der Voraussetzungen für eine rechtmäßige PID einem fachkundig geschulten Arzt überlässt, kommt nach dem Röspel-Entwurf die Prüfung und Bescheinigung der für eine PID erforderlichen Voraussetzungen einer von der Bundesregierung zu berufenen Ethikkommission zu. Auch in den Details zeigen sich nicht unerhebliche Unterschiede. Nach den Vorstellungen der Abgeordneten Röspel, Hinz, Meinhardt u.a. soll es nämlich – anders als im Flach-Entwurf vorgesehen – lediglich ein einziges von der Bundesregierung zu benennendes Zentrum geben, das genetische Untersuchungen vor der Implantation eines Embryos durchführen darf. Der Entwurf sieht überdies keine obligatorische Beratung der Mutter vor Durchführung der PID vor und spricht nicht von einer schriftlichen Einwilligung, sondern von einer Zustimmung⁴⁴ der Frau.

Sowohl dem Flach- als auch dem Röspel-Entwurf ist zu eigen, dass sie der Bundesregierung weitreichende Kompetenzen zur Konkretisierung des Gesetzes einräumen. Es soll der Bundesregierung obliegen, die Zusammensetzung der Ethikkommission festzulegen, ein bzw. mehrere für die PID zugelassene Zentren zu bestimmen, die Anforderungen zu präzisieren, welche an die Beratung der Frau gestellt werden, Regeln über die Qualifikation der Ärzte zu erlassen sowie die Art und den Umfang der über die PID zu sammelnden Daten zu bestimmen.⁴⁵ Angesichts dieser weitreichenden Verordnungsermächtigungen bleibt unklar, welche Informationen letztlich gesammelt werden sollen. Wenn die PID der Verhinderung späterer Schwangerschaftsabbrüche dienen soll, so wäre es beispielsweise von Interesse zu erfahren, ob ein derartiger Zusammenhang tatsächlich besteht bzw. in wie vielen Fällen gleichwohl ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. Die vorgesehenen Verordnungsermächtigungen bringen die Gefahr mit sich, dass derartige wichtige Fragen zunächst aus dem Gesetzgebungsverfahren herausgehalten werden und dann später – auf vereinfachtem Wege – durch die Bundesregierung entschieden werden. Schließlich ist auffällig, dass der Flach- wie der Röspel-Entwurf kein Wort zu einer denkbaren gerichtlichen Überprüfung von Entscheidungen bzw. von Voten der jeweils vorgesehenen Ethikkommissionen und zu Haftungsfragen der an einer Präimplantationsdiagnostik beteiligten Ärzte und Einrichtungen verliert.

IV. Die Debatte über die Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik

Die Vorbereitungen einer gesetzlichen Regelung sind von einer intensiven öffentlichen Diskussion begleitet worden, die der BGH mit seinem Urteil vom 6. Juli 2010 erneut angefacht hat. Und in der Tat: Ob die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland zugelassen werden soll, ist eine ganz grundsätzliche und elementare Frage⁴⁶. Man sollte sich insoweit nicht durch Äußerungen in die Irre führen lassen, dass hier ja ohnehin nur etwa hundert Fälle im Jahr zu Debatte stünden. Eine solche Aussage betrifft nur das „Hier und Jetzt“, lässt aber spätere Entwicklungen der Reproduktionsmedizin genauso außer Acht wie die steigende „Nachfrage“, die eine Zulassung der PID nach sich ziehen mag. Betrachtet man überdies den Facettenreichtum der Probleme, welche die öffentliche Debatte zutage gefördert hat, so erscheinen die Begründungen des Flach- und des Röspel-Entwurfes als eher dürftig. Sie lassen einen Großteil der (verfassungs-)rechtlichen, ethischen und medizinischen Probleme unberücksichtigt, die mit der Präimplantationsdiagnostik verbunden sind:⁴⁷ Wie sicher lassen sich überhaupt Schädigungen des Embryos feststellen? Welche Überlebenschancen hat der im Rahmen der PID untersuchte Embryo? Welchen rechtlichen Status erkennen wir dem Embryo zu?⁴⁸ Wie weit reicht das aus Art. 2 des Grundgesetzes abgeleitete Recht auf Fortpflanzung, und beinhaltet dieses Recht auch den Anspruch auf ein gesundes Kind? Was sollen wir wissen?⁴⁹ Wird nicht im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik die eugenische Indikation wieder eingeführt, die aus Gründen des Diskriminierungsschutzes beim Schwangerschaftsabbruch abgeschafft worden

44 Der Begriff der „Zustimmung“ umfasst nach den §§ 182 ff. BGB sowohl die vorherige (Einwilligung) als auch die nachträgliche Zustimmung (Genehmigung).

45 Im Einzelnen bestehen nicht unerhebliche Unterschiede. Vgl. die § 3 a Abs. 3 und 6 PräimpG im Flach-Entwurf einerseits, die §§ 8 a, 8 b und 8 c PräimpG im Röspel-Entwurf andererseits.

46 Vgl. etwa: Habermas, Die Zukunft der menschlichen Natur, Frankfurt a.M. 2001.

47 Einen Überblick über die Debatte bieten: Berit Ruso/Magdalena Thöni, Quo vadis Präimplantationsdiagnostik, MedR 2010, S. 74 – 78; Hartmut Kreß, Präimplantationsdiagnostik und Fortpflanzungsmedizin angesichts des ethischen Pluralismus, ZRP 2010, S. 201 – 205; Anne Barbara Lungstras, Die Präimplantationsdiagnostik verbieten oder erlauben? – Ein Blick auf die Debatte um den Embryo in vitro -, NJ 2010, S. 485 – 492.

48 Reinhard Müller, „Leben und Würde“, FAZ Nr. 168 vom 23. Juli 2010, S. 1; Joachim Kardinal Meisner, „Der reagenzglaserne Schöpfungsakt steht uns nicht zu“, FAZ Nr. 169 vom 24. Juli 2010, S. 12; Reinhard Merkel, „Lebensrecht und Gentest schließen sich aus“, FAZ Nr. 177 vom 3. August 2010, S. 30; Eberhard Schockenhoff, „Guter Hoffnung?“, FAZ Nr. 215 vom 16. September 2010, S. 8; Christian Stark, „Rechtsschutz wird weggeredet“, FAZ Nr. 15 vom 19. Januar 2011, S. 30.

49 Paul Kirchhof, „Präimplantationsdiagnostik oder Was sollen wir wissen“, FAZ Nr. 13 vom 17. Januar 2011, S. 27.

ist?⁵⁰ Warum soll es eigentlich nur der Einwilligung der Frau – und nicht der biologischen Eltern – in die Untersuchung des Embryos bedürfen? Was lehren die Erfahrungen des europäischen, aber auch des außereuropäischen Auslands?⁵¹

Neben all diesen Gesichtspunkten hat die öffentliche Diskussion aber noch einen weiteren, sehr bedenklichen Aspekt zum Vorschein gebracht: Unverhohlen wird nämlich allenthalben die laxe gesellschaftliche Haltung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch⁵² als Argument für die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Stellung gebracht⁵³. Da sich im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch kein Unrechtsbewusstsein mehr rührt, erweist sich auch die PID mit der in Kauf genommenen Verwerfung (möglicherweise) genetisch belasteter Embryonen als vertretbar und zulässig. Die Argumentationsfigur der „Schwangerschaft auf Probe“ liefert insoweit ein beredtes Zeugnis. Wenn wir es einerseits zulassen – so lautet das Argument⁵⁴ –, dass eine Frau „probeweise“ schwanger wird, um dann nach durchgeführter Pränataldiagnostik darüber zu entscheiden, ob sie das Kind austragen oder abtreiben lassen will, so können wir andererseits nichts dagegen einwenden, dass eine Eizelle „auf Probe“ befruchtet wird und je nach genetischer Auffälligkeit entweder verworfen oder auf die Frau übertragen wird. Man stelle sich die Kaltblütigkeit vor, die für eine derartige Schwangerschaft auf Probe erforderlich sein muss – von

unabwendbarer Notlage keine Spur. Schlimmer aber ist, dass die „Schwangerschaft auf Probe“ in den Rang eines Rechtsarguments emporgehoben wird und sich aus dieser Perspektive die Verwerfung von Embryonen nach PID als das „geringere Übel“, die „weniger schwer wiegende Belastung“ darstellen soll.

Vor dem Hintergrund einer solchen gesellschaftlichen Einstellung erscheint es in der Tat wenig wahrscheinlich, dass der Bender-Entwurf im Bundestag eine Mehrheit finden wird.

50 Andreas Kuhlmann, Ein Dambruch hin zur eugenischen Praxis, FAZ Nr. 161 vom 15. Juli 2010, S. 15; Hubert Hüppe Deutsches Ärzteblatt 2010, S. A 6; Oliver Tolmein, „Behinderung kann kein Kriterium sein, FAZ Nr. 255 vom 2. November 2010, S. 33; ders., „Eine Fristenregelung für die PID?“, FAZ Nr. 27. vom 2. Februar 2011, S. 30.

51 Vgl. Martina Lenzen-Schulte, „Sollen die Embryonen zum Massenscreening? – PID: Wenn der Gentest die Volksgesundheit stärken soll – ein amerikanischer Traum“, FAZ Nr. 250 vom 27. Oktober 2010, S. N 1.

52 Ungeachtet der unterschiedlichen Konfliktlagen: vgl. Habermas, a.a.O. (Fn 46.), S. 56 ff.

53 Der Berliner Arzt Matthias Bloechle wird mit den Worten zitiert: „Faktisch ist damit [gemeint ist § 218 StGB] Abtreibung zu jeder Zeit möglich – ob das Kind krank oder gesund ist“ – „Wenn eine Frau in der 38. Woche zu mir kommt und sagt, sie stürzt sich aus dem Fenster, wenn sie das Kind behalten muss, dann ist die Voraussetzung für eine Abtreibung rein rechtlich gegeben“, vgl. FAZ Nr. 297 vom 21. Dezember 2010, S. 7.

54 Vgl. exemplarisch: Ulrich Schroth, Die Präimplantationsdiagnostik im Lichte des Strafrechts, NStZ 2009, S. 233 ff., S. 235; Jochen Taupitz, Pro Zulassung PID, Deutsches Ärzteblatt 2010, Heft 42, A 5.

beitrag

Msgr. Prof. Dr. Peter Schallenberg/Dipl. theol. Thomas Berenz, Mönchengladbach

Im Bewusstsein der Verantwortung vor dem Menschen ... und vor Gott?

- Theologisch-philosophische Begründungsansätze der Würde des Menschen auf dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die Zulassung der PID -

„Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ – Mit einem schlichten und dennoch äußerst präzise formulierten Rechtssatz legt der Art. 1. Abs. 1 Satz 1 des am 23. Mai 1949 verabschiedeten Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland (GG) die ethische Grundnorm aller ihm folgenden Artikel fest. Er gibt dem politischen Handeln einen Rahmen und verpflichtet zugleich alle staatliche Gewalt zur Achtung und zum Schutz der menschlichen Würde. Gerade weil jene formulierte Garantie der Unantastbarkeit menschlicher Würde die gesamte Verfassung zusammenhält und gleichsam ihr „Höchstwert“¹ ist, an dem sich das Verfassungsprofil zu

messen hat, genießt sie zurecht den in Art. 79 Abs. 3 GG festgelegten Schutz der sog. „Ewigkeitsklausel“ und entzieht sie so dem demokratischen Verfahrensprinzip.

1. Die notwendige Frage nach der Begründung menschlicher Würde

Wenn in der Bevölkerung und unter den politischen Akteuren auch ein allgemeiner Konsens über die un-

1 Matthias Herdegen, in: Theodor Maunz/Günter Dürig u.a. (Hg.), Grundgesetz, Kommentar, Loseblattsammlung, München (Stand: Oktober 2010), Art. 1 Abs. 1, Rz 4.

bedingte Gültigkeit der Achtungs- und Schutzgarantie menschlicher Würde herrscht, so zeigt sich doch vor allem im bioethischen Diskurs der Gegenwart (aktuell in der Diskussion um das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010², demzufolge die sog. Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht gegen das Embryonenschutzgesetz verstoße) dass es eine allgemein verbindliche und tragfähige Begründung des Schutzes menschlicher Würde scheinbar nicht gibt. Vielmehr stehen sich in einer pluralistisch geprägten und säkularen Gesellschaft die unterschiedlichsten Antworten auf die Frage nach der Letztursache für die Würde einer jeden menschlichen Person gegenüber. Der transzendente Bezug der Menschenwürde, der durch die sog. „Invocatio-Dei-Formel“ der Präambel des GG zumindest indirekt markiert wird,³ und die, obwohl es sich zunächst um eine Kundgabe der Mitglieder des Parlamentarischen Rates handelt, eine „fortdauernde Bedeutung für die Anwendung des Grundgesetzes überhaupt“⁴ hat, findet heute kaum noch Akzeptanz.

Unbestreitbar handelt es sich bei der Menschenwürde im GG um einen Begriff des positiven Rechts. Doch bereits die Formulierung jenes ersten Satzes des Art. 1 Abs. 1 GG – „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – macht deutlich, dass der Gesetzgeber in seinem Bestreben, mit einem nicht hintergehbaren ethischen Fundamentalprinzip der bedingungslosen Staats- und Volkssouveränität eine Grenze zu setzen, nicht etwas bisher noch nicht Geltendes anordnet, sondern auf etwas Vorgefundenes zurückgreift und es als tragendes Ethos in seine Verfassung verankert.⁵ Daher kann der Begriff der Menschenwürde, so er denn rechtsdogmatisch angewendet werden soll, nicht ohne einen Rekurs auf dessen geistige Wurzeln verstanden werden. Ist man sich ihrer nicht mehr bewusst und verstünde unter der Würde des Menschen eine bloße kulturelle Konvention, so verliert in Folge dessen auch jede Überzeugung von der Unantastbarkeit menschlicher Würde und der Notwendigkeit eines garantierten Schutzes auf Dauer an Boden.

2. Der Mensch als Träger der Würde

Wenn auch das GG normativ die Würde des Menschen durch die systematische Stellung innerhalb der Rechtsordnung hervorhebt und ihre Achtungs- und Schutzgarantie als Fundamentalprinzip der politischen Ordnung in Art. 1 Abs. 1 Satz 2 formuliert, bleibt die daraus resultierende Frage nach dem Träger der zu schützenden Würde. Nun ließen sich leicht physikalische oder biologische Wesensmerkmale des Menschen aufführen. Doch der Verfassungsrechtler Paul Kirchhof macht zu Recht darauf aufmerksam, dass eine Definition des Menschen unter dem Aspekt einer wie auch immer vorstellbaren Würdeberechtigung und der Schutzbedürftigkeit schnell an seine Grenzen stößt: „Würden wir den

Menschen nach seinem aufrechten Gang, seiner Sprache, seinem Gedächtnis, seiner Fähigkeit zur Selbstvergewisserung oder seiner Kultur definieren, nähmen wir all jene Menschen von dem rechtlichen Schutz aus, die nicht gehen, nicht sprechen, sich nicht erinnern, sich nicht selbst bestimmen oder Mindestfertigkeiten der Kultur nicht erwerben können. Der rechtliche Schutz versagte dort, wo er am dringendsten benötigt wird.“⁶ Folgerichtig betont das Bundesverfassungsgericht, dass die allen Menschen als Gattungswesen gleichermaßen immanente Würde weder an Eigenschaften, Leistungen oder an einem sozialen Status hängt, sondern jeder menschlichen Person durch ihre bloße Existenz, kraft seines Menschseins eigen ist. Im Sinne des uneingeschränkten Selbstwertes besitzt auch derjenige Mensch die menschliche Würde, der „aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustands nicht sinnhaft handeln kann“ oder dessen „unwürdiges“ Verhalten ihn in einen Konflikt mit der Gesellschaft und dem Gesetz hat treten lassen.⁷ Der kategorische Würdeschutz gilt uneingeschränkt dem geborenen sowie dem ungeborenen menschlichen Leben, sei es gesund, krank oder durch eine geistige bzw. körperliche Behinderung gezeichnet. Selbst nach Vollendung des menschlichen Lebens ist dem Leichnam in nachwirkender Respektierung der Menschenwürde⁸ die gebotene Achtung entgegenzubringen. Letztere wird verletzt, wenn in der Frage der Organtransplantation eine Organentnahme ohne ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen oder im Einverständnis mit den Angehörigen durchgeführt wird. Und sie wird dann eklatant missachtet, wenn unter dem Vorwand der Wissenschaftlichkeit einem breiten Publikum zu offensichtlichen Unterhaltungszwecken „Körperwelten“ präsentiert werden.

Wenn das GG von der Unantastbarkeit der Würde eines jeden Menschen spricht, dann heißt dies nicht nur, dass die Würde des Menschen nicht angetastet werden darf, sondern dass die Würde des Menschen in sich und aus sich heraus nicht-an-tastbar ist. Wäre sie an-tastbar, greifbar und handhabbar, könnte sie einem Menschen zu- oder abgesprochen werden. So ist die Verankerung der Menschenwürde und der garantierte Schutz ihrer Achtung in Art. 1 Abs. 1 zeitgeschichtlich auch als eine fortdauernd gültige Absage an die radikale Miss- und Verachtung menschlicher Würde durch totalitäre Systeme, wie etwa das nationalsozialistische Regime, zu verstehen, die demjenigen, der nicht in das politisch-

2 BGH 5 StR 386/09, ZfL 2010, S. 87 ff.

3 Vgl. Lothar Roos, Der neue Streit um den Menschen (Kirche und Gesellschaft 305/2003), Köln, S. 3.

4 So Theodor Maunz, in: Maunz/Dürig (Anm. 1), Präambel Rz 17.

5 Vgl. hierzu: Paul Kirchhof, Menschenwürde und Freiheit, in: Anton Rauscher (Hg.), Handbuch der Katholischen Soziallehre, Berlin 2008, S. 41-59, hier S. 41.

6 Kirchhof (Anm. 5), S. 43.

7 BVerfGE 87, 209 (228).

8 Vgl. Herdegen, in: Maunz/Dürig GG (Anm. 1), Art. 1 Abs. 1, Rz 58.

ideologisierte Menschenbild hineinpassen wollte, jegliche Würde und Lebenswürdigkeit absprachen.

3. Die Begründung menschlicher Würde durch Philosophie und Theologie

Bisher wurden überwiegend die rechtsdogmatischen Grundzüge des von der Verfassung garantierten Schutzes der Menschenwürde genannt über ihre Begründung hingegen sehr wenig gesagt. Dies soll im Folgenden anhand einer kurzen Überblicksskizze geschehen. Wenn auch die Prägung der abendländischen Zivilisation durch das Christentum und der in der Präambel des GG genannte Gottesbezug es bereits sehr nahe legen, die geistigen Wurzeln der jeder menschlichen Person gleichermaßen immanenten Würde im Christentum zu suchen und zu finden, dürfen neben einem christlich-naturrechtlichen Ansatz zur Begründung der menschlichen Würde, ein mehr säkularer Ansatz, sowie ein vorchristlicher, leistungsorientierter Begründungsansatz nicht aus dem Blick geraten.

3.1 Würde durch Anerkennung von Leistung

Es ist der römische Philosoph Marcus Tullius Cicero (106 – 43 v. Chr.), der den in der römischen Rechtsprache verwendeten Begriff der *dignitas humana* mit einer personalen Bedeutung in Verbindung bringt. Dabei unterscheidet Cicero zwischen einer politischen und einer anthropologischen Dimension des Würdebegriffs. Würde kommt zunächst dem Menschen zu, dem innerhalb einer Gesellschaft eine besondere Stellung und ehrenvolle Aufgabe zuteil wurde, ein Mensch also, der, wie man heute noch sprichwörtlich sagt, in Amt und Würde ist („... *dignitas est alicuius honesta et cultu et honore et verecundia digna auctoritas.*“⁹). Die so auf die „*res publica*“ bezogene Vorstellung von Würde, ist also an bestimmte Voraussetzungen, wie ein Amt oder ein Verdienst innerhalb des Gemeinwesens gebunden. Sie kann einer Person verliehen werden, aber auch in gleicher Weise, etwa mit Verlust des Amtes oder durch unwürdiges Verhalten des Trägers, aberkannt werden. Mit einer unverlierbaren, allen menschlichen Personen gleichen und immanenten Würde, wie sie durch das GG garantiert wird, kann die Würdevorstellung der römischen Antike daher nur schwer in Verbindung gebracht werden.

Doch neben der differenzierenden Vorstellung von Würde, kennt Cicero durchaus auch ein egalisierendes Konzept von Würde, die ausnahmslos, ohne jedwede gesellschaftlichen Verdienste jedem Menschen angeboren ist, und in der sich der Mensch von allen nicht-menschlichen Lebewesen unterscheidet. Den Grund jener menschlichen Würde sieht Cicero, im Anschluss an die Philosophie der Stoa, in der Teilhabe des Menschen an der Vernunft (der Mensch als *animal rationale*),

durch die er sich in vorzüglicher Weise vom Tier unterscheidet.¹⁰ Doch ist die Würde dem Menschen auch hier nicht sicher. Vielmehr versteht Cicero sie als Art Grundwürde des Menschen, die er entweder vermehren oder durch ein der Vorzüglichkeit des Menschen nicht-würdiges Verhalten vermindern und verlieren kann.¹¹ In der Folge gibt es Menschen, die ein Mehr an Würde besitzen und andere wiederum ein Weniger. Wir können an dieser Stelle festhalten, dass der Begründungsansatz für die Würde des Menschen zwar im Menschsein selbst, genauer in der Vorzüglichkeit der Vernunftteilhabe, liegt, dass diese Würde aber je nach Leistung oder Versagen graduierbar ist und sogar verloren werden kann. Dementsprechend kann nicht von einer allen Menschen gleichen, unantastbaren Würde, im Sinne des GG gesprochen werden.

3.2 Würde aufgrund des Vernunftgebrauchs

Natürlich wäre es nun sinnvoll, sich direkt der christlichen Auffassung als einen zweiten Begründungsansatz der Menschenwürde zuzuwenden. Gerade auch die Tatsache, dass die christliche Glaubenslehre eine römische *Dignitas*-Vorstellung, die sich auf die Stellung des Menschen innerhalb eines Sozialgefüges bezieht, stets scharf kritisiert hat,¹² würde dafür sprechen. Trotzdem darf ohne weiteres zunächst ein direkter Sprung in die Neuzeit gewagt werden. Denn auch in ihr findet, wie in der griechisch-römischen Antike, die Würde des Menschen ihre Begründung in der Vernunftbefähigung des Menschen. Der Unterschied zu der antiken Vorstellung einer allen Menschen gemeinsamen, aber dennoch graduierbaren Würde, liegt darin, dass in der neuzeitlichen Auffassung von Menschenwürde diese als Sollensbestimmung des Menschen gesehen wird und die der Mensch trotz aller im eigenen Schwäche nicht mindern oder verlieren kann.

So bemerkt der französische Philosoph und Naturwissenschaftler Blaise Pascal (1623 - 1662) fast staunend, dass der Mensch zwar schwach sei wie ein Schilfrohr und zudem in der immensen Weite und Vielfalt des ihn umgebenden Weltalls fast zu verschwinden droht, doch durch sein selbst-reflektierendes Denken, mit dem er alles erfassen und ergreifen kann, zu einer Größe gelangt, die ihn aus allem, was ihn umgibt, hervorhebt.¹³

9 *Cicero*, *De Inventione* II, 166.

10 Vgl. *Cicero*, *De officiis* I, 106.

11 Vgl. ebd.

12 So etwa bei *Augustinus* vgl. PL (*Patrologia Latina*) 41, 156; vgl. auch Gal. 3, 26-28: „Ihr seid alle durch den Glauben Söhne Gottes in Christus Jesus. Denn ihr alle, die ihr auf Christus getauft seid, habt Christus (als Gewand) angelegt. Es gibt nicht mehr Juden und Griechen, nicht Sklaven und Freie, nicht Mann und Frau; denn ihr alle seid ‚einer‘ in Christus Jesus.“

13 Vgl. *Blaise Pascal*, *Pensées* VI, (hg. von Léon Brunschvicg), *Frg.* 347: „Der Mensch ist nur ein Schilfrohr, das schwächste der Natur; aber er ist ein denkendes Schilfrohr,“ *Frg.* 346: „Denken macht die Größe des Menschen aus.“

Mit dem anthropologischen Paradigmenwechsel der Aufklärungszeit verbindet sich schließlich die Begründung menschlicher Würde qua Teilhabe an der Vernunft, mit der Auffassung der Autonomie des Menschen. Maßgeblich ist hier die Moralphilosophie Immanuel Kants (1724 - 1804) sowie seine damit verbundene Unterscheidung zwischen einem relativen Wert und einem absolutem Wert. Ein relativer Wert, das also, was einen bestimmten Preis hat, kommt nach Kant allem zu, was nützlich ist, einen Zweck erfüllt, etwas das im gemeinen Sprachgebrauch als Sache bezeichnet wird. Die Wertrelativität resultiert daraus, dass Zweck und Nutzen einer Sache sich jederzeit ändern können, und die Sache selbst gegen ein Äquivalent von vielleicht höherem Nutzen ausgetauscht werden kann. Der so verstandenen Fremdbestimmung und Verzwecklichung von Sachen, steht die apriorische Autonomiefähigkeit, die in Freiheit gründende Selbstbestimmung des Menschen gegenüber. Wegen dieser Autonomiefähigkeit, die in der Vernunftbegabung des Menschen ihre Voraussetzung erfüllt, kann und darf der Mensch nie als Mittel zu fremden Zwecken gebraucht werden, sondern ist ein Zweck an sich, er ist das, „was (...) über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet.“¹⁴ Die Würde des Menschen begründet sich also darin, dass einzig der vernunftbegabte Mensch in der Lage ist, nicht von außen zweckbestimmt zu sein, sondern sich selbst Zwecke zu setzen vermag und zwar in Form eines sittlichen Gesetzes, an das der Mensch sich wiederum selbst bindet. Der entsprechende kategorische Imperativ lautet: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“¹⁵ Das Wissen des Menschen um die allen Menschen gleiche Würde, die in der Vernunftbegabung des Menschen begründet ist, verbietet jedwede Verzwecklichung des Menschen. Im Umkehrschluss wird nach Kant die Würde eines Menschen dort verletzt, wo er von einem anderen Menschen (oder auch sich selbst!) bloß als Mittel für dessen eigene Zwecke gebraucht wird, wo er zum Objekt und damit zu einer austauschbaren Größe herabgewürdigt wird. Auch wenn sich diese Ansicht Kants heute in der sog. „Objektformel“ wiederfindet, mit der eine Verletzung der Menschenwürde verfassungsrechtlich bestimmt wird,¹⁶ ist provozierend zu fragen, ob eine in diesem Sinne verstandene Würde des Menschen tatsächlich als unantastbares, dem Menschen immanentes Wesensmerkmal begründet werden kann oder ob Würde nicht vielmehr nur eine sittliche Norm, eine ethische Leitkategorie ist, die Achtung und Respekt vor der Autonomie des Anderen fordert. Und eine zweite, nicht weniger kritisierend-provozierende Frage muss lauten, ob die Begründung der Würde eines Menschen qua Vernunftgesetz nicht einem defizitäre Menschenbild entgegenkommt, das eben, um erneut auf den eingangs

aufgeführten Einwand von Paul Kirchhof zu verweisen, jene Menschen von einem umfassenden Schutz der Würde ausschließt, deren Möglichkeiten des Vernunftgebrauchs eingeschränkt oder (noch) nicht entwickelt ist, deren Fähigkeiten zu verantwortlichem, sittlichem Handeln von Natur aus Grenzen gesetzt sind.

3.3 Würde aufgrund der Gottebenbildlichkeit

Während der mehr säkulare Begründungsansatz des Immanuel Kant die Würde des Menschen an dessen Fähigkeit des Vernunftgebrauches festmacht, unterstreicht der christlich-naturrechtliche Ansatz die objektive Menschenwürde einer jeden menschlichen Person als unveräußerliches Wesensmerkmal des Menschen, das nicht erworben werden kann und nicht graduierbar, sondern jedem Menschen durch sein Menschsein angeboren ist. Würde wird nicht, wie es noch Auffassung der griechisch-römischen Antike war, von der Gesellschaft dem einzelnen Menschen aufgrund seiner Verdienste zugeteilt, sondern sie besteht in der gnadenhaften Berufung des Menschen zur Gotteskindschaft. Durch eine solche Einsicht, die bereits im jüdischen Glauben mit Hilfe von Begriffen wie „Ehre“ und „Hoheit“¹⁷ sowie der besonderen gegenüber allem naturhaft Seienden einzigartigen Stellung des Menschen als Ebenbild Gottes¹⁸ ihren Niederschlag findet, wird ein Menschenbild zum Ausdruck gebracht, das in seiner metaphysischen Dimension weit über eine rein empirisch wahrnehmbare, innerweltliche Begründung durch Natur- und Gemeinschaftsgebundenheit des Menschen, wie sie in den Begründungsansätzen von Immanuel Kant und Cicero aufgeführt werden, hinausreicht.

Die Würde des Menschen als Person definiert sich nicht durch seine Leistungen und sie begründet sich nicht in der Vernunft des Menschen. Die Würde des Menschen hat einzig und allein ihren Grund in etwas, was seiner eigenen Verfügung entzogen ist: in der Gottesrelation. Dabei kommt es nicht auf die Religiosität des Menschen, auf seine Beziehung zu Gott an, sondern auf die gnadenhafte Beziehung Gottes zum Menschen: „Der Kern einer theologischen Begründung der Menschenwürde liegt also in der Behauptung, dass Grund und Ziel des Menschen nicht in diesem selbst zu suchen sind. Menschenwürde gründet letztlich nicht in aufweisbaren Fähigkeiten und Qualitäten des Menschen, sondern in dem Ja, das Gott zum Menschen gesprochen hat, und das er auch in allen menschlichen Widergesetzlichkeiten durchhält. Die dreifach gesetzte Unmittelbarkeit des Menschen zu Gott – im Schöpfergott als Ebenbild, im menschgewordenen Gott als Bruder, im

14 *Immanuel Kant*, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785) BA 77.

15 Ebd. BA 67.

16 Vgl. *Herdegen*, in: Maunz/Dürig (Anm. 1), Art. 1 Abs. 1, Rz 36.

17 Vgl. Psalm 8, 6.

18 Vgl. Gen. 1, 26 f.

vollendeten Gott als neuer Mensch – ist theologisch gesehen die letzte Legitimation der Menschenwürde.¹⁹ Die Gottesebenbildlichkeit jeder menschlichen Person verbietet es, den Menschen als einen reinen Zellhaufen zu sehen oder einfach als höher entwickeltes Tier. Weil der Mensch durch die daseinskonstituierende Beziehung Gottes zu seinen Geschöpfen einen großen Ursprung und eine große Bestimmung hat, muss auch vom Menschen und seiner ihm eigenen Würde groß gedacht werden. Nur eine so begründete Menschenwürde, die sich an nichts anderem orientiert als an der Tatsache des Menschseins, kann letztlich davon überzeugen, „dass der Mensch als Mensch, also jeder Mensch in jeder Phase seiner Entwicklung, Achtung verdient, weil ihm eine Würde eignet, die mit seinem Dasein gegeben ist und ihm von Menschen weder verliehen noch genommen, weder zu- noch aberkannt, sondern ‚nur‘ geachtet oder missachtet werden kann.“²⁰ Für Christen erwächst daraus in einem noch stärkeren Maße der Auftrag, sich unentwegt für die Würde jedes menschlichen Lebens von seinem allerersten Anfang bis zu seinem Ende einzusetzen sowie Achtung und Anerkenntnis der Menschenwürde auch für das menschliche Leben zu fordern, dem man noch nicht ins Auge blicken kann oder dessen Leiden und dessen Behinderungen die Gesellschaft nicht ansehen will.

4. Die Würde des Menschen im Licht der aktuellen PID-Debatte

Es verwundert daher umso mehr, dass sich jüngst die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) von ihrem eindeutigen Nein zur rechtlichen Zulassung der Präimplantationsdiagnostik und ihrer ursprünglichen Einstellung zu Eingriffen an Embryonen²¹ gelöst hat und die Zulassung der PID unter bestimmten Bedingungen als Möglichkeit in Betracht zieht. Dabei ist die genetische Untersuchung von durch künstliche Befruchtung entstandenen Embryonen und die Aussonderung derjenigen mit genetischer Schädigung höchst verwerflich. In eklatanter Weise verstößt sie gegen jede Auffassung von der Würde und der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens vom frühest möglichen Zeitpunkt an. Innerhalb der kontrovers geführten Diskussion über den Status des Embryos vertritt die katholische Moraltheologie die Auffassung, dass es sich nach Abschluss der Befruchtungskaskade bei der befruchteten Eizelle bereits um eine menschliche Person handelt, die – unabhängig von ihrer Gesundheit oder möglichen genetischen Krankheiten – mit den persönlichen Rechten des Menschen ausgestattet ist und unbedingten Schutz genießt.²²

Bisher galt in der Bundesrepublik Deutschland mit dem 1991 in Kraft getretenen Embryonenschutzgesetz (ESchG) eine äußerst strenge Regelung, die der Menschenwürde und dem Lebensschutz den Vorrang vor der Freiheit von Wissenschaft und Forschung und der

befruchteten, entwicklungsfähigen menschlichen Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an den verfassungsrechtlich garantierten Würdeschutz einräumt. Demnach wird bestraft, wer „es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt.“²³ Mit § 2 Abs. 1 ESchG legt der Gesetzgeber zusätzlich fest, dass die eindeutige Bestimmung eines extrakorporal erzeugten Embryos der Transfer in die Gebärmutter ist. Trotz seiner auf den ersten Blick strengen Regelung, kann das Embryonenschutzgesetz dennoch nicht voll befriedigen. Es weist Lücken auf, die so auch von den Richtern des Bundesgerichtshofes in ihrer Entscheidung vom Juli des vergangenen Jahres genutzt wurden. Zwar stellt das ESchG eine extrakorporale Befruchtung der Eizelle, die nicht der Herbeiführung einer Schwangerschaft dient unter Strafe, aber von einem Verbot einer im Anschluss an die so zweckgerichtete künstliche Befruchtung durchgeführten PID ist im gesamten Gesetzestext nicht die Rede. Auch wenn die Richter des Bundesgerichtshofes darauf hingewiesen haben, dass ihr Urteil nicht den Weg für eine unbegrenzte Selektion menschlichen Lebens freimache, etwa um zu einem „Wunschkind“ mit frei wählbaren Kriterien zu gelangen, ist die Sorge dennoch berechtigt, dass es im Zuge der Zulassung der PID zu einer Selektion menschlichen Lebens kommt, dessen utilitaristische Ausmaße heute vielleicht noch nicht abzusehen sind.

Es wäre nun einfach, sich damit zufrieden zu geben, dass es nur recht und billig ist, die Lücken eines Gesetzes zu nutzen. Und es wäre zu einfach, die Erlaubtheit der PID, wie zuletzt in einer „Ad-hoc“-Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina gefordert, mit dem Recht eines jeden Menschen auf Fortpflanzung zu begründen, dem zugleich ein Recht der Eltern auf ein gesundes Kind zu folgen habe. Na-

19 Johannes Reiter, Die Menschenwürde und ihre Relevanz für die Bioethik und Biomedizin, in: IKZ Communio 35 (2006), S. 132-148, hier: S. 138.

20 Wilfried Härle, Würde. Groß vom Menschen denken, München 2010, S. 19.

21 Vgl. Gemeinsame Erklärung der EKD und DBK (1989), „Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“, VI, 1.

22 Vgl. Enzyklika Evangelium vitae (1995), Nr. 60, mit Verweis auf: Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur vorsätzlichen Abtreibung *Quaestio de abortu procurato* (1974), Nr. 12-13: „In Wirklichkeit ‚beginnt in dem Augenblick, wo das Ei befruchtet wird, ein Leben, das nicht das des Vaters oder der Mutter, sondern eines neuen menschlichen Geschöpfes ist, das sich eigenständig entwickelt. Es wird nie menschlich werden, wenn es das nicht von dem Augenblick an gewesen ist. Für die Augenfälligkeit dieser alten Einsicht ... liefert die moderne genetische Forschung wertvolle Bestätigungen. Sie hat gezeigt, dass vom ersten Augenblick an das Programm für das, was dieses Lebewesen sein wird, festgelegt ist: eine Person, diese individuelle Person mit ihren bekannten, schon genau festgelegten Wesensmerkmalen. Bereits mit der Befruchtung hat das Abenteuer eines Menschenlebens begonnen, von dessen großen Fähigkeiten jede einzelne Zeit braucht, um sich zu organisieren und funktionsbereit zu sein.“

23 ESchG § 1 Abs. 1 Nr. 2.

türlich bleibt ein tiefes Verständnis für alle Eltern, die sich ein gesundes Kind wünschen sowie für Eltern, die nach mehreren Fehlgeburten die Erfüllung ihres Kinderwunsches herbeisehnen. Und für jedes Kind bleibt zu hoffen, dass es das großartige Geschenk des Lebens ohne geistige oder körperliche Behinderung entgegen nehmen darf. Doch in der Sache geht es um weit mehr, als um die größtmögliche Sicherheit, ein gesundes Kind zu bekommen. Nicht menschliche Maßstäbe, sondern

die unbedingte Achtung vor jedem menschlichen Leben und der diesem Leben immanenten, unantastbaren Würde müssen das Kriterium sein, das dem menschlichen Handeln eine nicht überschreitbare Grenze setzt. Sobald die Gefahr besteht, dass wissenschaftliche oder politische Akteure diese verfassungsrechtlich geschützte Grundnorm ausblenden, ist jeder einzelne Christ gefordert, der Würde des Menschen Gehör zu verschaffen – um Gottes und der Menschen Willen.

judikatur

BGH: Behandlungsabbruch auf Grundlage des Patientenwillens

StGB §§ 212, 216, BGB §§ 1901a, 1901b

Leitsatz:

Zum rechtfertigenden Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der Senatsentscheidung vom 25. Juni 2010 (2 StR 454/09 – NJW 2010, 2963).

BGH, Beschluss vom 10. November 2010 - 2 StR 320/10 (1. Inst.: LG Köln)

Zum Sachverhalt:

Die Schwiegermutter des Angeklagten, die damals 82-jährige A. K., wurde am 26. Juni 2009 wegen des Verdachts auf Lungenentzündung und Herzinsuffizienz in das -Hospital in K. -E. eingeliefert. Sowohl bei der Aufnahme ins Krankenhaus auf der Normalstation als auch in den beiden darauf folgenden Tagen war sie bei Bewusstsein, ansprechbar und mit der Behandlung einverstanden. Nachdem am 28. Juni 2009 eine Verschlechterung ihres Befindens eingetreten war, informierte sie die Zeugin Dr. H. darüber, dass sie bei einer weiteren Verschlechterung gegebenenfalls auf die Intensivstation verlegt werden müsse, was Frau K. ruhig und ohne Widerspruch hinnahm. Am Montag, den 29. Juni 2009 wurde Frau K. gegen 5.00 Uhr morgens wegen einer infolge einer durch die Lungenentzündung entstandenen Sepsis auf die Intensivstation des Krankenhauses verlegt. Dort wurde sie sediert, ins künstliche Koma versetzt und an medizinische Geräte angeschlossen. Sie erhielt u.a. über so genannte Perfusoren Adrenalin, Antibiotika, Blutpuffer und Flüssigkeit. Außerdem war sie intubiert und wurde zu 100% mit Sauerstoff beatmet. Ohne diese Behandlung, insbesondere ohne die kontinuierliche Gabe von Adrenalin, wäre Frau K. in einen unmittelbar zum Tode führenden Zustand geraten. Sie war nach Einschätzung der behandelnden Ärzte

in einem ernsten Zustand, der zwar zum Tode führen konnte, aber aus medizinischer Sicht nicht hoffnungslos war. Als ihre Tochter, Frau A. B., telefonisch über den kritischen Zustand ihrer Mutter informiert wurde, erklärte sie, sie könne nicht selbst kommen, da sie Kinder zu versorgen habe, werde aber ihren Ehemann, den Angeklagten, vorbeischicken. Dieser erschien nach Arbeitsschluss am Nachmittag des 29. Juni 2009 im Krankenhaus und äußerte gegenüber einem Krankenpfleger, der Frau K. versorgen wollte, er brauche gar nichts mehr zu machen, weil „gleich sowieso alles abgestellt“ werde. Die Zeugin Dr. P. informierte den Angeklagten, der sich in ungehaltener, gereizter und aggressiver Stimmung befand, darüber, dass der Zustand von Frau K. ernst, aber nicht hoffnungslos sei, zumal sich die Blut-Gas-Werte der Patientin verbessert hatten. Im Verlaufe des Gesprächs erwähnte der Angeklagte, dass eine Patientenverfügung seiner Schwiegermutter existiere, die zusammen mit dem Testament in einem verschlossenen Umschlag bei seiner Ehefrau hinterlegt sei. Der Inhalt dieser Patientenverfügung war dem Angeklagten unbekannt. Der Angeklagte telefonierte mit seiner Ehefrau, die ihm lediglich mitteilte, dass ihre Mutter keine „lebensverlängernden Maßnahmen“ wünsche. Ihm war klar, dass sich dies nicht auf jede medizinische Behandlung bezog, sondern nur dann gelten sollte, wenn diese aus ärztlicher Sicht keinen Erfolg mehr versprachen. Dennoch gab er seiner Ehefrau zu verstehen, dass er die „lebensverlängernden Maßnahmen“ selbst beenden werde, falls die Ärzte hierzu nicht bereit seien, worauf diese antwortete, er wisse schon, was er tue.

Der Angeklagte beschloss nunmehr, unter Berufung auf die Patientenverfügung, deren Inhalt ihm unbekannt war, bei den ungeliebten „Besserwissern“ von Ärzten das Abstellen der medizinischen Geräte zu erzwingen und, falls dem nicht nachgegeben werden sollte, selbst Hand anzulegen und Perfusoren sowie Sauerstoffgerät abzuschalten. Für diesen Entschluss war sowohl maßgebend, dass er im Krankenhaus nicht unnötig weiter „rumsitzen“ und warten wollte, als auch insgeheim sei-

ne Besorgnis, dass eine nach erfolgreichem Krankenhausaufenthalt etwa pflegebedürftige Schwiegermutter ihm und seiner Familie zur Last fallen könne, was sie – wie er sich einredete – nie gewollt habe.

Der Angeklagte forderte die Stationsärztin unter Hinweis auf die Patientenverfügung mehrfach in aggressivem Ton und schließlich ultimativ auf, sofort alle Geräte abzustellen. Diese kam dem Verlangen des Angeklagten nicht nach und verlangte von ihm nach Rücksprache mit einer Oberärztin die Vorlage der Patientenverfügung. Kurz nach 20.00 Uhr ging die Patientenverfügung per Fax auf der Intensivstation ein. Das mit Datum vom 3. Juli 2004 versehene Schriftstück hatte auszugswise folgenden Wortlaut:

„Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich:

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn festgestellt ist, dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, oder dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist ...

Maßnahmen aktiver Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille zum Ausdruck kommt ...

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens A. B. geb. K. ... und erteile ihr hiermit Vollmacht, an meiner Stelle mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen. Die Vertrauensperson soll meinen Willen einbringen und in meinem Namen Einwendungen vortragen, die die Ärztin oder Arzt berücksichtigen soll ...“

Der Angeklagte, der den Text der Patientenverfügung nicht zur Kenntnis genommen hatte, verlangte unter Hinweis darauf zu wissen, wann die Geräte endlich abgestellt würden. Die Zeugin Dr. P. erwiderte erneut, sie dürfe die Geräte nicht abschalten, weil sie sich sonst wegen Sterbehilfe strafbar mache; außerdem müsste die gerade erst eingegangene Patientenverfügung zunächst

geprüft und bewertet werden, zumal die Patientin, obwohl die beiden ersten Tage wach und ansprechbar, eine solche Verfügung weder erwähnt, noch in ihren Unterlagen mitgeführt habe. Auf die Weigerung der Zeugin reagierte der Angeklagte mit den Worten: „Gut, dann mach ich das jetzt selbst!“ Dann begab er sich zu den Perfusoren und betätigte gegen 20.15 Uhr die Ausschalter der Bedienelemente der Geräte vom oberen beginnend bis zum unteren. Dadurch unterbrach er die Zufuhr von fünf Medikamenten, darunter das für Frau K. zur Aufrechterhaltung der Kreislauffunktionen lebenswichtige Adrenalin. Der Angeklagte wollte durch das Abschalten der Perfusoren und der Sauerstoffzufuhr unter Berufung auf deren angeblichen Willen den alsbaldigen Tod von Frau K. herbeiführen. Er stellte sich vor, dass durch seine Maßnahmen die Sterbephase unumkehrbar eintreten werde. Das Abschalten der Geräte bewirkte innerhalb von Sekunden einen dramatischen Abfall des Blutdrucks und der Herzfrequenz von Frau K. Sodann wollte der Angeklagte das hinter dem Bett stehende Beatmungsgerät abschalten. Hieran wurde er jedoch durch den Zeugen S., zur Tatzeit Krankenpfleger auf der Intensivstation, gehindert, der sich schützend vor die Sauerstoffpumpe stellte und sich auch durch Drohungen des Angeklagten, handgreiflich zu werden, nicht beeindrucken ließ. In der Zwischenzeit schaltete die Zeugin He. auf Anweisung der Stationsärztin die Perfusoren, die durch das Eingreifen des Angeklagten mindestens zehn Sekunden außer Betrieb gewesen waren und bereits Alarm gegeben hatten, wieder ein. Die Adrenalinosis musste massiv erhöht werden, um die Blutdruckwerte von Frau K. zu stabilisieren. Frau K. verstarb um 23.49 Uhr an einem septischen Schock als Folge einer schweren, eitrigen Pneumonie. Das kurzfristige Abschalten der Perfusoren durch den Angeklagten war hingegen nicht nachweisbar todesursächlich.

Unter Zugrundelegung dieses Sachverhalts hat das Landgericht den Angeklagten wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt und die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt. Die auf die Sachrüge gestützte Revision des Angeklagten blieb ohne Erfolg.

Aus den Gründen:

Die rechtsfehlerfrei getroffenen Feststellungen des Landgerichts tragen die Verurteilung des Angeklagten wegen versuchten Totschlags (§§ 212, 22, 23 StGB). Der Angeklagte stellte sich vor, dass er durch die Unterbrechung der Zufuhr lebenserhaltender Medikamente und das beabsichtigte Kappen der Sauerstoffzufuhr die Sterbephase unumkehrbar einleiten würde und wollte dadurch den Tod von Frau K. unmittelbar herbeiführen. Eine Tötung auf Verlangen im Sinne von § 216 StGB hat das Landgericht zutreffend schon deshalb verneint, weil nach den Feststellungen ein ausdrückliches und

ernstliches Verlangen im Sinne dieser Vorschrift nicht vorlag. Vielmehr hatte Frau K. in ihrer Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht, dass sie aktive Sterbehilfe ablehne, also ärztlich behandelt werden wolle, solange noch eine Chance auf Genesung bestand. Außerdem hat sie zu einem Zeitpunkt, als sie noch ansprechbar war, auf die Nachricht, dass sie bei einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes auf die Intensivstation verlegt werden müsse, ruhig und ohne Widerspruch reagiert. Dies hat das Landgericht rechtlich zutreffend als stillschweigende Einwilligung zumindest in die Verlegung auf die Intensivstation und die dort zunächst veranlassten ärztlichen Maßnahmen interpretiert.

Das Vorgehen des Angeklagten war auch nicht als Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der Entscheidung des Senats vom 25. Juni 2010 gerechtfertigt (2 StR 454/09 - NJW 2010, 2963). Danach ist zwar Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (vgl. § 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Keine der danach für eine Rechtfertigung der versuchten Tötung erforderlichen Voraussetzungen war jedoch im vorliegenden Fall gegeben.

Der Angeklagte kann sich schon nicht darauf berufen, er habe den Willen von Frau K. umgesetzt. Dies ergibt sich ohne weiteres bereits daraus, dass er nach den rechtsfehlerfreien Feststellungen ihren Willen nicht im Einzelnen kannte und auch nicht bereit war, ihn zur Kenntnis zu nehmen. Außerdem lagen die in der Patientenverfügung vorgesehenen Bedingungen für einen Behandlungsabbruch nicht vor. Aus medizinischer Sicht befand sich Frau K. weder im unmittelbaren Sterbeprozess noch war es bei ihr zu einem nicht mehr behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen des Körpers gekommen, der zum Tode führt. Dies wusste der Angeklagte. Von den behandelnden Ärzten war er darüber informiert worden, dass der Zustand von Frau K. zwar ernst, aber nicht hoffnungslos war. Insofern kann der Angeklagte auch nicht geltend machen, er habe sich im Irrtum über den Zustand von Frau K. befunden und sei davon ausgegangen, ihrem Willen Geltung zu verschaffen.

Im Übrigen weist der Senat darauf hin, dass in Fällen, in denen zukünftig ein rechtfertigender Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der Senatsentscheidung vom 25. Juni 2010 in Rede steht (2 StR 454/09 - NJW 2010, 2963), die Voraussetzungen der §§ 1901a, 1901b BGB - eingefügt durch Gesetz vom 29. Juli 2009 mit Wirkung vom 1. September 2009 und damit nach dem festgestellten Tatgeschehen - zu beachten sein werden. Diese Vorschriften enthalten verfahrensrechtliche Absicherungen, die

den Beteiligten bei der Ermittlung des Patientenwillens und der Entscheidung über einen Behandlungsabbruch Rechts- und Verhaltenssicherheit bieten sollen (vgl. Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses BT-Drucksache 16/13314, S. 3 f. u. 7 f.) und bei der Bestimmung der Grenze einer möglichen Rechtfertigung von kausal lebensbeendenden Maßnahmen auch für das Strafrecht Wirkung entfalten (vgl. Senat BGH NJW 2010, 2966). Sie dienen zum einen der Verwirklichung des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechts von Patienten, die selbst zu einer Willensäußerung nicht (mehr) in der Lage sind (Senat aaO). Hierin erschöpft sich ihre Funktion jedoch nicht. Vielmehr tragen sie zum anderen gleichgewichtig dem von Verfassungs wegen gebotenen Schutz des menschlichen Lebens Rechnung, indem sie die notwendigen strengen Beweisanforderungen an die Feststellung eines behandlungsbezogenen Patientenwillens verfahrensrechtlich absichern (vgl. Senat aaO 2967).

Unter letzterem Gesichtspunkt ist zunächst sicherzustellen, dass Patientenverfügungen nicht ihrem Inhalt zuwider als Vorwand benutzt werden, um aus unlauteren Motiven auf eine Lebensverkürzung schwer erkrankter Patienten hinzuwirken. Darüber hinaus muss in der regelmäßig die Beteiligten emotional stark belastenden Situation, in der ein Behandlungsabbruch in Betracht zu ziehen ist, gewährleistet sein, dass die Entscheidung nicht unter zeitlichem Druck, sondern nur nach sorgfältiger Prüfung der medizinischen Grundlagen und des sich gegebenenfalls in einer Patientenverfügung manifestierenden Patientenwillens erfolgt. Dass es solcher das Verfahren regelnder Vorschriften bedarf, um einen missbräuchlichen und/oder vorschnellen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen zu verhindern, macht gerade der vorliegende Sachverhalt deutlich. Frau K. hatte zunächst in die Verlegung auf die Intensivstation und die damit verbundene lebenserhaltende Behandlung konkludent eingewilligt. Die weitergehenden medizinischen Maßnahmen und das Versetzen in ein künstliches Koma nach der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes waren erst am Morgen des Tages vorgenommen worden, an dem nach der Vorstellung des Angeklagten unmittelbar und ohne nähere Prüfung, ob der tatsächliche Gesundheitszustand dem in der Patientenverfügung vorausgesetzten entsprach, die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch herbeigeführt werden sollte. Der Angeklagte ließ sich dabei nach den Feststellungen auch von der Besorgnis leiten, seine nach erfolgreicher Behandlung etwa pflegebedürftige Schwiegermutter könne ihm finanziell zur Last fallen.

Für die Feststellung des Patientenwillens als Grundlage für den rechtfertigenden Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen sehen die §§ 1901a und 1901b BGB daher grundsätzlich folgendes Verfahren vor: Gemäß § 1901a Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB ist nur der

Betreuer bzw. Bevollmächtigte (§ 1901a Abs. 5 BGB) befugt, die Übereinstimmung der Festlegungen in der Patientenverfügung mit der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu prüfen und auf dieser Grundlage dem Willen des Patienten gegebenenfalls Geltung zu verschaffen. Darüber hinaus setzt die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch gemäß § 1901b Abs. 1 BGB zwingend ein Zusammenwirken von Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Arzt voraus. Danach prüft der behandelnde Arzt in eigener Verantwortung, welche ärztliche Behandlung im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist und erörtert dies mit dem Betreuer unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die zu treffende Entscheidung.

Auch diese verfahrensrechtlichen Vorgaben wären hier nicht einmal ansatzweise erfüllt. Der Angeklagte war weder als Betreuer noch als Bevollmächtigter zur Ermittlung und gegebenenfalls Durchsetzung des Patientenwillens befugt. Er war darüber hinaus nicht bereit, den Inhalt der Patientenverfügung zur Kenntnis zu nehmen und sich mit ihm auseinanderzusetzen. Außerdem verweigerte er jede Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten. Vielmehr setzte er sich eigenmächtig und in selbstherrlicher Weise über die medizinische Einschätzung des Zustandes von Frau K. durch die behandelnden Ärzte hinweg und handelte bei dem Abschalten der Geräte gegen deren entschiedenen Widerstand.

BGH: Anforderungen für die Annahme eines Tötungsverlangens

StGB § 216

Leitsatz der Redaktion:

Die Ernstlichkeit eines Tötungsverlangens i.S.v. § 216 Abs. 1 StGB setzt mindestens voraus, dass es von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist.

Urteil v. 7. Oktober 2010 - Az. 3 StR 168/10 – (1. Inst.: LG Verden)

Zum Sachverhalt:

Nach den Feststellungen des LG war der zur Tatzeit 74 Jahre alte Angeklagte mit dem späteren Tatopfer, der 53 Jahre alt gewordenen B., seit 1986 in vierter Ehe verheiratet. Frau B. litt seit mehreren Jahren an einem Myom, das auf eine Masse von 1.885 Gramm herangewachsen war, fast die gesamte Bauchhöhle ausfüllte und infolge seiner Verhärtung von außen unter der Bauchdecke ertastbar war. Es verursachte zumindest unbestimmte Unterleibsschmerzen sowie Verdauungsstörungen und

Harndrang. Frau B. hatte die Tumorerkrankung erkannt, verheimlichte sie aber vor ihrem persönlichen Umfeld; auch dem Angeklagten offenbarte sie erst wenige Tage vor der Tat, dass sie an Unterleibsschmerzen leide, ohne auf Nachfragen weiter einzugehen. Ob sie sich in ärztliche Behandlung begeben hatte, konnte das Landgericht nicht feststellen.

Da sie Handwerker erwarteten, standen die Eheleute am 3. Juni 2009 früh auf. Zwischen ihnen entwickelte sich ein Gespräch, in dem Frau B. dem Angeklagten eröffnete, sie leide an einem bösartigen Unterleibsgeschwür, habe starke Schmerzen, die sie nicht mehr ertragen könne, und fühle sich körperlich am Ende. Sie hatte „zu diesem Zeitpunkt“ ihren Lebensmut verloren und wollte sterben. Deshalb äußerte sie „ernsthaft und eindeutig“ den Wunsch, aus dem Leben zu scheiden. Sie bat den Angeklagten sie zu erschießen. Zwischen den Eheleuten „entspann sich daraufhin eine längere Diskussion“, in deren Verlauf der Angeklagte sich schließlich bereiterklärte, Frau B. „ihrem dringend vorgetragenen Wunsch entsprechend“ zu töten; er wolle dann aber „mit ihr gehen“. Er versprach, auch den gemeinsamen Hund und anschließend sich selbst zu töten. Frau B. legte ordentliche Kleidung und Schmuck an, schminkte sich und legte sich im Wohnzimmer auf das Sofa. Der Angeklagte trat von hinten an sie heran und schoss ihr mit einem im Scheitelbereich aufgesetzten Revolver in den Kopf. Frau B. verstarb nach wenigen Minuten. Anschließend tötete der Angeklagte den Hund; wenig später schoss er sich mit einer aufgesetzten Pistole in die linke Brustseite. Er überlebte mit schweren Verletzungen.

Das Landgericht hat den Angeklagten wegen Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt. Hiergegen wendet sich die auf die Sachrüge gestützte Revision der Nebenklägerin, die einen Schuldspruch wegen Mordes erstrebt. Nach ihrer Auffassung ist das Landgericht zu Unrecht zu der Annahme gelangt, dass der Angeklagte durch ein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen des Tatopfers zu dessen Tötung bestimmt wurde. Das Rechtsmittel hat Erfolg. Die Sache wird zu neuer Verhandlung und Entscheidung an eine Strafkammer des Landgerichts Stade zurückverwiesen.

Aus den Gründen:

Das angefochtene Urteil hält in zweifacher Hinsicht rechtlicher Überprüfung nicht stand. Zum einen ist die Beweiswürdigung wegen lückenhafter Darlegungen zur Überzeugungsbildung des Landgerichts für den Senat nicht insgesamt nachvollziehbar, zum anderen ermöglichen die getroffenen Feststellungen dem Senat nicht die Prüfung, ob das Tötungsverlangen des Tatopfers ernstlich im Sinne des § 216 Abs. 1 StGB war.

a) Die Feststellungen des Landgerichts zum Tötungsverlangen des Opfers beruhen auf den entsprechenden

Angaben des Angeklagten in der Hauptverhandlung, die er durch seinen Verteidiger verlesen ließ, als seine Einlassung bestätigte und mündlich ergänzte. Die Strafkammer hat nach einer „Gesamtbewertung sämtlicher vorhandener Indizien“ nicht auszuschließen vermocht, dass sich das Tatgeschehen so abspielte, wie vom Angeklagten geschildert, und hat ihn daher in Anwendung des Zweifelssatzes nach § 216 StGB schuldig gesprochen. Ob das Landgericht bei der dem [Urteil; *Ergänz. d. Red.*] zugrunde liegenden Überzeugungsbildung den Beweisstoff in dem gebotenen Umfang ausgeschöpft hat, bleibt indes in einem entscheidenden Punkt offen. Dies führt zur Aufhebung des Urteils (vgl. Meyer-Goßner, StPO, 53. Aufl., § 337 Rn. 26 f.). Im Einzelnen:

Das Landgericht hat zum Vorgeschehen der Tat, insbesondere zur Kenntnis der Ehefrau des Angeklagten von der genauen Art ihrer Erkrankung und deren Verheimlichung vor ihrem persönlichen Umfeld keine Feststellungen zu treffen vermocht, die es als unvereinbar mit der Einlassung des Angeklagten ansieht. Auch für ein abweichendes Tatmotiv des Angeklagten hat es keine hinreichenden Belege gesehen. Vor diesem Hintergrund hat es die Richtigkeit der Einlassung des Angeklagten zunächst dadurch gestützt gefunden, dass sich das objektive Spurenbild mit seinen Angaben in Einklang bringen lässt. Auch die Einlassung zu seinem – durch eine Panikattacke veranlassten – Verhalten zwischen der Tat und seinem Selbstmordversuch finde eine Entsprechung in der von mehreren Zeugen geschilderten Auffindesituation (Gartentor und Haustüren offen). Hinzu komme die emotionale Betroffenheit des Angeklagten während der Verlesung der Erklärung durch seinen Verteidiger.

Demgegenüber hat das Landgericht mehrere Beweisanzeichen festgestellt, die gegen die Richtigkeit der Angaben des Angeklagten sprechen können. So wollten die Eheleute Mitte Juli 2009 die Mutter von Frau B. in Süddeutschland besuchen und während der anschließenden Ferien die Enkelkinder des Tatopfers bei sich aufnehmen. Zudem hatten sie selbst eine Urlaubsreise in Aussicht genommen. Zunächst sollte jedoch am 3. Juni 2009, dem Tattag, die schon länger geplante Renovierung des gemeinsamen Wohnhauses beginnen, auf die Frau B. sich freute, die ihr wegen des vorgesehenen Umfangs der Arbeiten aber auch Angst machte. Die Handwerker wurden für den Morgen des Tattages erwartet. In der Nacht zuvor arbeitete Frau B. ihrer Gewohnheit entsprechend bis kurz vor 1.00 Uhr am Computer, las aktuelle Nachrichten und bearbeitete Bilder von ihrem Garten. Hinzu kommt, dass der Angeklagte erstmals am vierten Hauptverhandlungstag das Tötungsverlangen seiner Ehefrau behauptete, nachdem zuvor das rechtsmedizinische Gutachten über das Obduktionsergebnis erstattet worden war.

Das Landgericht hat zwar die Beweisbedeutung dieser Indizien nicht verkannt; es hat sie jedoch nicht für der-

art gewichtig erachtet, dass sie geeignet wären, die Richtigkeit der Einlassung des Angeklagten zu widerlegen. Deren Glaubhaftigkeit werde insbesondere nicht dadurch erschüttert, dass er weder bei den Explorationsgesprächen mit dem psychiatrischen Sachverständigen noch bei der mündlichen Haftprüfung durch das Landgericht und in dem sich anschließenden Haftbeschwerdeverfahren die in der Hauptverhandlung behauptete Tatversion vorgetragen habe; denn dies lasse sich durch die physischen und psychischen Folgen des Selbstmordversuchs erklären. Die Strafkammer gehe daher zugunsten des Angeklagten davon aus, dass er aufgrund seines Krankheitszustandes zunächst zu einer Einlassung überhaupt nicht in der Lage gewesen sei.

Diese Würdigung leidet an einem durchgreifenden Mangel. Angesichts der besonderen Beweissituation musste sich das Landgericht mit dem genauen Inhalt der früheren Einlassungen des Angeklagten im Verfahren im Einzelnen auseinandersetzen. Aus den Urteilsgründen ergibt sich aber nur, dass sich der Angeklagte offensichtlich vor Beginn der Hauptverhandlung bereits mehrfach zur Sache eingelassen hatte und diese Einlassungen nicht mit seinen Angaben in der Hauptverhandlung übereinstimmten. Was er ursprünglich zum Tatgeschehen geäußert hatte, teilt das Urteil hingegen nicht mit. Nur bei näherer Betrachtung der früheren Behauptungen zum Tatgeschehen kann jedoch nachvollzogen werden, ob der Schluss des Landgerichts, das abweichende Einlassungsverhalten des Angeklagten sei mit seinem wechselnden Gesundheitszustand erklärbar, frei von Rechtsfehlern ist. Schon dies führt zur Aufhebung des angefochtenen Urteils.

b) Gemäß § 216 Abs. 1 StGB setzt die Privilegierung der Tötung auf Verlangen voraus, dass das Tötungsverlangen des Opfers, das den Täter zur Tat bestimmt, ausdrücklich und ernsthaft ist. Während die Ausdrücklichkeit bestimmte Anforderungen an den Inhalt des Verlangens stellt, grenzt die Ernstlichkeit unter normativen Gesichtspunkten rechtlich anzuerkennende Beweggründe des Tatopfers für sein Tötungsverlangen von solchen ab, denen die Rechtsordnung eine privilegierende Wirkung versagt. Wo insoweit die Grenze zu ziehen ist, ist indessen streitig.

aa) In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist die Frage, welche Anforderungen an die Ernstlichkeit eines Tötungsverlangens zu stellen sind, nicht abschließend geklärt.

Allerdings hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 22. Januar 1981 (4 StR 480/80, NJW 1981, 932) festgehalten, dass ernstlich im Sinne des § 216 StGB nur ein Verlangen sei, das auf fehlerfreier Willensbildung beruhe. Der seinen Tod verlangende Mensch müsse die Urteilskraft besitzen, um Bedeutung und Tragweite seines Entschlusses verstandesmäßig zu überblicken und abzuwägen. Es komme deshalb auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Lebensmüden an; sei

dieser zu einer freien Selbstbestimmung über sein Leben entweder allgemein oder in der konkreten Situation nicht imstande, z. B. als Geisteskranker oder Jugendlicher (s. aber auch BGH, Urteil vom 14. August 1963 - 2 StR 181/63, BGHSt 19, 135, zum „ernstlichen und in vollem Bewusstsein seiner Tragweite zum Ausdruck gebrachten“ Todesverlangen eines 16-jährigen, „über sein Alter hinaus gereifte(n) Mädchen(s)“, der nicht die entsprechende Verstandesreife besitze, so fehle es an einem ernstlichen Verlangen. Dem entsprechend hat er im Urteil vom 22. April 2005 – nicht tragend – einem Tötungsverlangen die Anerkennung versagt, weil das Tatopfer durch eine krankhafte seelische Störung in seiner natürlichen Einsichts- und Willensfähigkeit beeinträchtigt war und deshalb die Tragweite seines Entschlusses, sich töten zu lassen, nicht rational überblickte (2 StR 310/04, BGHSt 50, 80, Rn. 5, 37).

Damit sind indessen lediglich die grundlegenden Voraussetzungen umschrieben, die für jeden Verzicht des Betroffenen auf ein persönliches Rechtsgut zu fordern sind und die ungeachtet dessen, dass ihr Vorliegen keinen die Straflosigkeit begründenden Rechtfertigungsgrund für die Tötung eines Menschen zu schaffen vermag, auch für § 216 StGB Geltung beanspruchen. Dass ein Tötungsverlangen von vornherein nur dann Anerkennung verdient, wenn das Opfer die zureichende natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, um frei verantwortlich entscheiden sowie die Bedeutung und die Tragweite seines Entschlusses verstandesmäßig überblicken und abwägen zu können, ist unumstritten. Auch das Schrifttum versagt einem Tötungsverlangen dann die Anerkennung, wenn dem Opfer diese Fähigkeit – etwa infolge alters- oder krankheitsbedingter Mängel oder unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen – fehlt (vgl. Fischer, StGB, 57. Aufl., § 216 Rn. 7; Lackner/Kühl, StGB, 27. Aufl., § 216 Rn. 2; LK-Jähnke, StGB, 11. Aufl., § 216 Rn. 7; MünchKommStGB/Schneider § 216 Rn. 21; S/S-Eser, StGB, 26. Aufl., § 216 Rn. 8; SK-StGB/Horn, 6. Aufl., § 216 Rn. 8).

Gleiches gilt für einen Todeswunsch, der deshalb nicht auf einem in freier Eigenverantwortung gefassten Entschluss beruht, weil der Täter ihn durch Zwang, Drohung oder arglistige Täuschung hervorrief, etwa durch Vorspiegelung eigener Suizidabsicht (Fischer aaO; Jähnke aaO; Eser aaO; Schneider aaO Rn. 22; vgl. auch BGH, Urteil vom 3. Dezember 1985 - 5 StR 637/85, JZ 1987, 474).

bb) Damit sind die inhaltlichen Anforderungen, die das normative Tatbestandsmerkmal der Ernstlichkeit für die privilegierende Wirkung des Tötungsverlangens voraussetzt, jedoch nicht abschließend umschrieben. Das Fehlen von Willensmängeln der genannten Art ist zwar notwendige, nicht aber auch hinreichende Voraussetzung der Ernstlichkeit des Tötungsverlangens. Der Senat stimmt insoweit im Grundsatz der im strafrechtlichen Schrifttum einhellig geäußerten Auffassung zu,

dass einem Todesbegehren die privilegierende Wirkung mangels Ernstlichkeit auch dann zu versagen sein kann, wenn es auf einem Entschluss des Opfers beruhte, der nach obigen Maßstäben frei von Willensmängeln war. Welche weiteren Eingrenzungen des Tatbestandsmerkmals danach geboten sind, wird aber in der Literatur nicht einheitlich beantwortet. Teils wird einem Todeswunsch die Ernstlichkeit schon dann abgesprochen, wenn er als unüberlegt anzusehen ist (Kühl aaO), ohne diesem Begriff allerdings schärfere Konturen zu geben. Überwiegend wird einem Verlangen die Anerkennung dann versagt, wenn es einer Augenblicksstimmung oder einer vorübergehenden Depression entsprang (Fischer; Jähnke; Eser; Horn; jeweils aaO). Gelegentlich wird der Wunsch des Opfers, sterben zu wollen, darüber hinaus auch dann für unbeachtlich gehalten, wenn es bei seinem Entschluss von unzutreffenden Voraussetzungen ausging oder einem wesentlichen Motivirrtum unterlag, so etwa bei irriger Annahme einer unheilbaren Erkrankung (Eser; Horn; jeweils aaO). Am weitesten geht die Auffassung, das Tötungsverlangen sei ein Unterfall der Einwilligung, weshalb es grundsätzlich schon dann anzuerkennen sei, wenn das Tatopfer keinen einwilligungsrelevanten Willensmängeln unterlag; auch diese Ansicht verlangt aber einschränkend eine durch Willensfestigkeit und Zielstrebigkeit gezeichnete innere Haltung des Lebensmüden, die einem beiläufig oder leichthin artikulierten Tötungsverlangen fehle (Schneider aaO Rn. 19 f.).

Der Senat muss sich nicht im Einzelnen festlegen, welcher dieser Ansichten zu folgen ist. Selbst die Auffassung, nach der ein frei von Willensmängeln geäußerter Todeswunsch die weitestgehende Anerkennung verdient, lässt ein Verlangen in depressiver Augenblicksstimmung jedenfalls dann nicht genügen, wenn es nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen wird (Schneider aaO). Dem schließt sich der Senat insoweit an, als damit eine Voraussetzung umschrieben ist, welcher ein Tötungsverlangen mindestens zu genügen hat, um als ernstlich zu gelten. Bereits bei Anlegung eines solchen Maßstabs reichen die Feststellungen indes nicht aus, um beurteilen zu können, ob das Verlangen der Getöteten ernstlich war; denn das Urteil beschränkt sich insoweit im Wesentlichen darauf, den Gesetzeswortlaut zu wiederholen. Es teilt weder den Inhalt des Gesprächs wenige Tage vor der Tat noch insbesondere den Inhalt der längeren Diskussion zwischen dem Angeklagtem und seiner Ehefrau unmittelbar vor der Tat mit. Ebenso wenig setzt es sich mit den genannten weiteren Beweisanzeichen auseinander, die gegen einen von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragenen Todeswunsch sprechen, insbesondere dass das Tatopfer bereits seit geraumer Zeit an seiner Erkrankung litt, was es aber nicht hinderte, konkrete Planungen für die nähere Zukunft anzustellen und bis kurz vor der Tat seinen gewohnten Alltagsbeschäftigungen nachzugehen.

Menschenwürdiger Tod

Stephan E. Müller, Rainer Beckmann (Hg.)
 Menschenwürdig sterben – aber wie?
 LIT-Verlag, Münster 2010
 147 Seiten, Euro 16,80

Menschenwürdig sterben – aber wie? Der Titel erscheint auf den ersten Blick verwirrend und missverständlich. Muss man sich hier auf einen praktischen Ratgeber gefasst machen, in dem Mittel und Techniken eines sanften Dahinscheidens erläutert werden? Wohl kaum. Allein schon ein Blick auf die Herausgeber, den Verlag und die Reihe „Glauben und Ethos“, in der das Buch erschienen ist, macht eine solche Vermutung unwahrscheinlich.

Was aber will mit dem Titel besagt sein? Schlägt man das Buch auf, so zeigt sich, dass hier im Wesentlichen Vorträge veröffentlicht sind, die während des 3. Eichstätter Gesprächs zu Biomedizin und Bioethik im November 2008 an der Katholischen Universität Eichstätt gehalten wurden. Aus der Lektüre der Beiträge erschließt sich der tiefere Sinn des Buchtitels, welcher die Vielfalt der abgehandelten Themen auf einen Nenner zu bringen versucht. Allen Autoren geht es um die grundsätzliche Frage, welche Bedingungen vorliegen und eingehalten werden müssen, dass von einem menschenwürdigen Tod die Rede sein kann. Die Menschenwürde bildet sozusagen den Fluchtpunkt, von dem her das Sterben betrachtet wird. Sei bildet das Richtmaß für die Beurteilung aller Probleme, die mit dem Thema des Todes in unserer Gesellschaft verbunden sind: Welche Einstellungen bestimmen überhaupt unsere Anschauung von einem menschenwürdigen Tod? Gehört zu einem menschenwür-

digen Tod auch die Möglichkeit des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen? Führt der Heilauftrag, dem sich die Medizin im Allgemeinen verpflichtet fühlt, angesichts des Todes nicht in eine Sackgasse? Und welche Antworten hat der Gesetzgeber auf die Frage nach einem menschenwürdigen Tod gefunden?

Mit diesen Fragen sind zugleich die Themen umrissen, denen sich die Autoren des vorliegenden Sammelbandes im einzelnen widmen. Jörg Splett, emeritierter Professor für Philosophie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen, betrachtet das Thema „Tötungsverbot und Sterbehilfe“ aus der Sicht christlicher Philosophie, Stephan E. Müller, Inhaber der Lehrstuhls für Moraltheologie an der Katholischen Universität Eichstätt, behandelt den „Assistierten Suizid“ aus ethischer und theologischer Perspektive, Rainer Schäfer, Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Palliativmedizin an der Stiftung Juliusspital in Würzburg, untersucht die „Reichweite und Grenze der Behandlungspflicht am Ende des Lebens“, Prof. Dr. med Gunther Lenz und Dr. med Michael Ried, Ärzte am Klinikum Ingolstadt, informieren über die „Palliativmedizin und Hospizbewegung“ und RiAG Rainer Beckmann, äußert sich zu grundsätzlichen juristischen Fragenstellungen im Zusammenhang mit dem Thema „Sterben in Würde“ sowie zu der gesetzlichen Regelung über „Patientenverfügungen“, die am 1. September 2009 in Kraft getreten ist.

Die Autoren, allesamt ausgewiesene Fachleute, bieten in ihren verständlich geschriebenen Beiträgen reiche Informationen zu den jeweils behandelten Themen. Die strittigen Punkte in der Diskussion um „Sterbehilfe“ sind ausführlich behandelt. Abgerundet werden die jeweiligen Beiträge durch Hinweise auf weiterführende Literatur. Eine lohnende Lektüre! (us)

umschau

„Der Fuldaer Fall“

Wie un schwer zu erwarten war, hat das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 zu den Voraussetzungen und den Grenzen erlaubter Sterbehilfe (vgl. ZfL 3/2010, S. 92 – 98) eine ganze Reihe – zum Teil zustimmender, zum Teil kritischer – Stellungnahmen nach sich gezogen. Hintergrund der Entscheidung bildete das Schicksal einer seit Oktober 2002 im Wachkoma liegenden, 76jährigen Frau, deren Tochter die Einstellung der künstlichen Ernährung wünschte. Sie konnte sich dazu auf eine Äußerung ihrer Mutter berufen, die lebensverlängernde Maßnahmen in Form von künstlicher Ernährung und Beatmung für den Fall abgelehnt hatte, dass sie bewußtlos werde und sich nicht mehr äußern

könne. Nachdem eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Frau nicht mehr zu erwarten war und es nach Einschätzung des behandelnden Arztes keine Indikation mehr für eine Fortführung der bisherigen Therapie gab, beendete ihre Tochter in Einvernehmen mit der Pflegeeinrichtung im Dezember 2008 die künstliche Ernährung. Mit dieser Verfahrensweise erklärte sich die Geschäftsleitung nicht einverstanden und ordnete eine Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung an. Angesichts dieser Anordnung griff die Tochter der Wachkomapatientin zu einer drastischen Maßnahme: Auf Anraten ihres Rechtsanwalts durchtrennte sie den Schlauch der ihrer Mutter gelegten Ernährungssonde unmittelbar über der Bauchdecke. Zwar wurde auf staatsanwaltliche Weisung eine neue Sonde gelegt, der

Tod der Patientin bereitete der Auseinandersetzung dann aber am 5. Januar 2008 ein natürliches Ende. In dem anschließenden Strafverfahren konzentrierte sich die Aufmerksamkeit ganz auf die strafrechtliche Würdigung des von dem beratenden Rechtsanwalt geleisteten Tatbeitrags, konnte sich die Tochter der Verstorbenen doch auf einen unvermeidbaren Erlaubnisirrtum berufen. Während das Landgericht Fulda den Rechtsanwalt als Mittäter wegen versuchten Totschlags verurteilte (vgl. LG Fulda ZfL 2009, S. 97 ff mit abl. Anm. Beckmann), sprach ihn der Bundesgerichtshof frei.

Der Bundesgerichtshof ist sich zunächst mit dem Landgericht darin einig, dass die Einstellung der künstlichen Ernährung durch die Tochter nicht nur dem „mutmaßlichen“ Willen der Patientin entsprach, sondern in Einklang mit dem „wirklichen, vor Eintritt [der] Einwilligungsfähigkeit ausdrücklich geäußerten“ Patientenwillen stand und die von der Heimleitung veranlasste Wiederaufnahme der Ernährungstherapie einen rechtswidrigen Angriff gegen die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin war. Bereits an dieser Stelle werden Bedenken angemeldet. So weist Prof. Dr. **Gunnar Duttge** in seiner Anmerkung zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs (MedR 2011, S. 32 – 38) darauf hin, dass die vor Eintritt des Wachkomas von der Patientin geäußerten Vorstellungen von einem „würdigen Tod“ nach der bisherigen Rechtsprechung lediglich als Indiz für einen mutmaßlichen Willen der Patientin hätten gewertet werden können. Dr. **Michael Kubiciel** (Zeitschrift für das juristische Studium – ZJS – 2010, S. 656 – 661; online abrufbar) dagegen zieht in Zweifel, dass es einen ausdrücklich geäußerten und auf einen Behandlungsabbruch gerichteten Willen der Wachkomapatientin gegeben habe. Abgesehen davon, dass die konkrete Behandlungssituation in ihrer Eigenart ohnehin für den Einzelnen im Allgemeinen schwer voraussehbar sei, müsse hier doch verwundern, dass die Kinder der Patientin die künstliche Ernährung ihrer Mutter jahrelang geduldet hätten, ohne sich auf den von dieser angeblich geäußerten Behandlungsverzicht zu berufen.

Im Hauptteil des Urteils wendet sich der Bundesgerichtshof dann der Frage zu, ob die Durchtrennung der Ernährungsschläuche durch die Tochter der Patientin als erlaubt angesehen werden kann. Der Bundesgerichtshof sieht in diesem Tun einen „Behandlungsabbruch“, welcher durch die Einwilligung der Patientin gerechtfertigt sei. Mit Hilfe dieses neu geschaffenen „normativ-wertenden“ Begriffs des „Behandlungsabbruchs“ verabschiedet sich der Bundesgerichtshof von der als naturalistisch gebrandmarkten Unterscheidung von aktivem und passivem Handeln, welche bisher die Grenze zwischen erlaubter Sterbehilfe und einer nach den §§ 212, 216 StGB strafbaren Tötung bestimmt habe. Prof. Dr. **Torsten Verrel** (**Ein Grundsatzurteil? – Jedenfalls bitter nötig!**, NStZ 2010, S. 671 – 676) und Prof. Dr. **Volker Lipp** (FamRZ

2010, S. 1555/6) halten diese Abgrenzung für geglückt, selbst wenn sie – wie auch Prof. Dr. **Gunnar Duttge** – die juristische Begriffsbildung als solche nicht für zwingend halten. Ein gewisses Unbehagen bleibt hinsichtlich der Eigenmächtigkeit, mit der die Tochter der Patientin – anwaltlich beraten – selbst zur Tat schritt und – ohne rechtsstaatliche Mittel auszuschöpfen – den Verbindungsschlauch zu der PEG-Sonde durchtrennte. Ein solches Verhalten sei – so **Kubicel** – „aus Gründen der Ordnung und Sicherheit des Krankenhausbetriebes“ schwer hinnehmbar. Es bedürfe daher einer ergänzenden gesetzlichen Regelung, welche einen Behandlungsabbruch dem ärztlichen Personal vorbehalte.

Mit der gleichen Entscheidung des Bundesgerichtshofs befasst sich auch der Beitrag von Prof. Dr. **Karsten Gaede** mit dem Titel „**Durchbruch ohne Dambruch – Rechtssichere Neuvermessung der Grenzen strafloser Sterbehilfe**“ (NJW 2010, S. 2925 – 2928). Gaede begrüßt die Berücksichtigung des nach den Regelungen der §§ 1901 a ff. BGB (Patientenverfügung) ermittelten Patientenwillens auch im strafrechtlichen Bereich. Die vom BGH aufgestellten Kriterien für einen gerechtfertigten Behandlungsabbruch führten zu Rechtssicherheit für Ärzte und Heimleitungen und verschafften dem grundgesetzlich verankerten Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Art. 1 Abs. 1, 2 GG) auch im Strafrecht Anerkennung. Die Betonung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, so prophezeit Gaede, werde allerdings Forderungen nach einem Rückzug des Strafrechts und der Zulassung weiterer Formen aktiver Sterbehilfe besonders bei krankheitsbedingt ausweglos erscheinenden Lebenslagen Vorschub leisten.

Die Berliner „Kinderwunschpraxis“

Gleicher Beachtung und Aufmerksamkeit wie das Urteil zur Rechtmäßigkeit eines „Behandlungsabbruchs“ kann sich auch die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2010 zur Straflosigkeit der Präimplantationsdiagnostik sicher sein (vgl. BGH ZfL 2010, S. 87 ff mit Anm. Prof. Dr. **Ulrich Schroth**, in NJW 2010, S. 2676/7, und Prof. Dr. **Eva Schumann**, MedR 2010, S. 848 – 851). Ein Berliner Frauenarzt mit dem Schwerpunkt „Kinderwunschbehandlung“ hatte in drei Fällen extrakorporal erzeugte Embryonen auf Erbkrankheiten untersucht, die genetisch unauffälligen Embryonen der Mutter eingepflanzt und die Embryonen mit Anomalien „verworfen“. Anders noch als das Kammergericht (vgl. KG ZfL 2009, S. 25 ff.) kamen sowohl das Landgericht Berlin (vgl. LG Berlin ZfL 2009, S. 93 ff.) als auch der Bundesgerichtshof zu dem Ergebnis, dass die Handlungen des Frauenarztes weder nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG noch nach § 2 Abs. 1 ESchG strafbar seien. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs brachte die politische Debatte um die PID wieder ins Rollen: Wäh-

rend etwa die Bundeskanzlerin für ein Verbot plädiert, setzen sich die Bundesfamilienministerin Schröder und die Bundesarbeitsministerin von der Leyen für eine begrenzte Zulassung der Präimplantationsdiagnostik ein. Wie die ersten Stellungnahmen in der Literatur zu dem Urteil des BGH zeigen (vgl. u.a. Prof. Dr. **Reinhard Merkel, Lebensrecht und Gentest schließen sich aus**, FAZ Nr. 177 vom 3. August 2010, S. 30; Dr. **Rudolf Ratzel, Strafflosigkeit der PID zur Abwehr schwerster Schäden**, GesR 2010, S. 522 – 524), fühlen sich Befürworter der PID durch die Entscheidung gestärkt und drängen auf eine weitergehende Zulassung dieser Art von Diagnostik (vgl. zur Gegenposition: Prof. Dr. **Eberhard Schockenhoff, Guter Hoffnung?**, FAZ Nr. 215 vom 16. September 2010, S. 8). Dr. **Hartmut Kreß**, Professor für Ethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn, setzt sich in seinem Beitrag **„Präimplantationsdiagnostik und Fortpflanzungsmedizin angesichts des ethischen Pluralismus“** (ZRP 2010, S. 201 – 205) dafür ein, die auch nach dem Urteil des BGH noch verbleibenden Schranken für eine PID zu beseitigen. Seiner Ansicht nach sollte entgegen den bisherigen Regelungen in §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 1 ESchG in Verbindung mit § 8 Abs. 1 ESchG eine Diagnostik nicht nur an pluripotenten, sondern auch an totipotenten Zellen möglich sein. Die morphologische Untersuchung von Embryonen, welche nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs eine unerlaubte „Verwendung“ im Sinne von § 2 Abs. 1 ESchG darstellt, sei genauso zuzulassen, wie die Präimplantationsdiagnostik zur Feststellung von Krankheiten, die sich erst im Laufe eines Lebens manifestieren. Die u.a. von der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. geäußerte Kritik an dem Urteil des BGH spiegele nicht die überwiegende Meinung innerhalb der Gesellschaft wider. Angesichts des vorherrschenden „ethischen Pluralismus“ sei der Gesetzgeber vielmehr gut beraten, stärker als bislang den Patienten einen möglichst großen eigenen Entscheidungsspielraum offenzuhalten. Den Weg in dieser Richtung habe der BGH gewiesen, nach dessen Auffassung das ESchG keinen umfassenden Lebensschutz des Embryos gewährleiste. Es sei daher ohne weiteres möglich, den Lebensschutz des frühen Embryos und den Gesundheitsschutz des erhofften Kindes gegeneinander abzuwägen. Eine Diskriminierung Behinderter gehe mit einer solchen Abwägung nicht einher; einer gezielten Selektion könne durch „institutionelle Vorkehrungen“ begegnet werden.

Der Beitrag von Kreß ist ein Beispiel für den zunehmenden Verlust moralischer und begrifflicher Klarheit. So werden – den wahren Sachverhalt verschleiern – der Schwangerschaftsabbruch als „aktive“ und die „Verwerfung“ extrakorporal gezeugter Embryonen als „passive“ Sterbehilfe charakterisiert. Auch die Beweisführung überzeugt nicht. Der Umstand, dass international und innerhalb Deutschlands unterschiedliche Auffassungen zur Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik beste-

hen mögen, hat – anders als Kreß meint – für die Frage, wie ein Gemeinwesen diesen Bereich regeln sollte, eine nur sehr eingeschränkte Aussagekraft und Bedeutung. Aus dem „Sein“ eines breiten Meinungsspektrums lässt sich kein „Sollen“ herleiten, schon gar nicht die von Kreß favorisierte Freigabe jeglicher Art von Präimplantationsdiagnostik. **Oliver Tolmein** weist in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (vgl. **„Im Zweifel für den Grenzverletzer“**, FAZ Nr. 159 vom 13. Juli 2010, S. 31, sowie **„Behinderung kann kein Kriterium sein“**, FAZ Nr. 255 vom 2. November 2010, S. 33) zu Recht darauf hin, dass im Rahmen der PID die „eugenische Indikation“ wieder zu Ehren kommt, die beim Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1995 abgeschafft worden ist. „Die Argumentation des Bundesgerichtshofs, dass seine Entscheidung nicht der ‚unbegrenzten Selektion‘ den Weg ebnen soll, die zwingend verbunden ist mit der Auffassung, dass die begrenzte Selektion akzeptabler wäre, führt (...) auf das heikle Terrain des Abtreibungsrechts: Während dort die eugenische Indikation, die an der Schwere der Behinderung des Embryos ansetzt, nach langen Auseinandersetzungen mit guten Gründen und, wie in der Debatte um sog. Spätabtreibungen immer wieder deutlich wird, leider weniger guten Ergebnissen abgeschafft und durch den Bezug auf die Gefährdung von Leib und Leben der Schwangeren ersetzt wurde, hat sie der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofes nun für den Bereich der Befruchtung außerhalb des Mutterleibs durch die Feststellung, dass Präimplantationsdiagnostik nicht strafbar sei, faktisch wieder eingeführt“ (Tolmein, FAZ v. 13. Juli 2010, S. 31). Die Auffassung von Kreß, dass mit der PID keine Diskriminierung verbunden sei, lässt sich daher kaum aufrechterhalten.

Kostenerstattung für Hospizleistungen

Die Forderung nach dem selbstbestimmten Tod erhebt sich gegen eine Apparate- und Hochleistungsmedizin, welche die Würde des Menschen aus dem Auge zu verlieren droht und die nur noch das Ziel der Lebensverlängerung im Blick zu haben scheint. Zu dieser Art von Medizin, welcher der Einzelne seinen eigenen Willen mit ganzer Kraft entgegenhalten zu müssen glaubt, stehen mit der Hospizbewegung und der Palliativmedizin Alternativen zur Verfügung. Bedarf es überhaupt der staatlich zugelassenen Möglichkeit eines assistierten Suizids oder gar aktiver Sterbehilfe, wenn gewährleistet ist, dass der Einzelne im letzten Abschnitt seines Lebens liebevoll umsorgt wird und sich seine Behandlung in einer Linderung seiner Schmerzen und Beschwerden erschöpft? Eine wahre Alternative zur herkömmlichen Medizin können Hospize und palliative Maßnahmen aber nur dann sein, wenn sie tatsächlich zur Verfügung stehen und für den Einzelnen finanzierbar sind. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geht Dr.

Klaus Engelmann, ehemaliger Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, diesen Fragen in seinem Beitrag über die „(Rechts-)Grundlagen und Grundfragen der palliativmedizinischen Versorgung“ (GesR 2010, S. 577 bis 586) in Deutschland nach. Seine Bestandsaufnahme ist – soweit sie die gesetzlichen Regelungen als solche betrifft – im Ganzen hoffnungsvoll: Seit 2007 besteht ein geschlossenes Konzept für die palliativmedizinische Versorgung im stationären und im ambulanten Bereich, das in den letzten Jahren zu einer erheblichen Verbesserung bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen geführt hat. Bei der Umsetzung dieses Konzepts zeigen sich allerdings Schwachstellen. Die gesetzlichen Regelungen, welche sich im SGB V befinden, unterscheiden zwischen stationären und ambulanten Hospizleistungen auf der einen (§ 39 a SGB V) und einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der anderen Seite (§ 37 b SGB V). Auf diese Weise trägt der Gesetzgeber der Trennung zwischen Hospizarbeit und Palliativmedizin Rechnung, welche sich in Deutschland – anders als im Ausland – aufrechterhalten hat. Während in Hospizen die psychosoziale und spirituelle Betreuung im Vordergrund steht, bildet auf Palliativstationen die medizinische Betreuung den Schwerpunkt. Bei einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz, in dem eine palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, besteht nach § 39 a SGB V für den Versicherten ein Anspruch auf Zahlung eines der Höhe nach begrenzten Zuschusses. Die Art und der Umfang der Hospizversorgung ist in einer Rahmenvereinbarung festgelegt, welche zwischen dem Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ und den Leistungserbringern im Jahre 1998 abgeschlossen worden ist. Bei einer *ambulanten Hospizversorgung* erhält der Versicherte keinen Zuschuss zu den Kosten. Vielmehr erfolgt eine mittelbare Förderung dadurch, dass die Krankenkassen einen „angemessenen Zuschuss“ zu den Personalkosten der ambulanten Hospizdienste leisten. Die Voraussetzungen einer Förderung sowie der Inhalt, die Qualität und der Umfang der ambulanten Hospizarbeit werden wiederum im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Leistungsträgern festgelegt. Nach § 37 b SGB V haben schließlich „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, (...) einen Anspruch auf *spezialisierte ambulante Palliativversorgung*. Die Voraussetzungen zur wirksamen Durchsetzung dieses Anspruchs werden leider nur schleppend geschaffen. Denn die Krankenkassen haben es – so Engelmann – bislang weitgehend unterlassen, die in §§ 37 b Abs. 2 S. 2, 132 d Abs. 1 SGB V vorgesehenen Verträge „über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung“ abzuschließen. Nach Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedi-

zin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes seien daher von den Mitteln in Höhe von 390 Millionen Euro, welche vom Gesetzgeber für die Zeit von 2007 bis 2009 veranschlagt worden seien, weniger als 3 % zur Verfügung gestellt worden. Zu einer Verunsicherung trage ferner bei, dass die Kriterien für eine Kostenerstattung zwischen den einzelnen Krankenkassen nicht übereinstimmen bzw. unterschiedlich gehandhabt würden. Schließlich bedürfe die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung einer Überarbeitung, um eine bedarfsgerechte Versorgung von Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln gewährleisten zu können.

Trotz der gesetzgeberischen Bemühungen klafft weiterhin eine beträchtliche Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit: So stand einem geschätzten Bedarf von 50 bis 60 Hospiz- und Palliativbetten auf eine Million Einwohner im Juni 2005 ein Angebot von rund 22 Betten gegenüber (Gesamt: etwa 170 stationäre Hospize und 200 Palliativstationen in Krankenhäusern). Während nach Schätzungen etwa 80.000 sterbende Menschen im letzten Jahr ihres Lebens eine spezialisierte palliative Betreuung benötigen (Gesamtbedarf bundesweit: 320 Palliativ-Care-Teams mit 8 Vollzeitkräften = 1 Team/250.000 Einwohner), nahmen nach Auskunft der gesetzlichen Krankenkassen im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. September 2009 tatsächlich nur 2614 Personen derartige Leistungen in Anspruch. Zu beklagen ist auch, dass die Palliativmedizin im Rahmen der universitären Ausbildung eine eher untergeordnete Rolle spielt. Nach Information von Engelmann gab es im Jahre 2007 lediglich fünf Lehrstühle für Palliativmedizin (Köln, Aachen, Bonn, München, Göttingen). Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung besteht zwar seit 2003 das Angebot, eine Zusatzausbildung für Palliativmedizin zu absolvieren. Über eine derartige Ausbildung verfügen jedoch bis heute weniger als 1 % der in der Bundesrepublik Deutschland tätigen Ärzte. Auch bei den Pflegeberufen spielt die Palliativpflege nach Engelmann sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung eine eher untergeordnete Rolle.

Es bleibt also noch Einiges zu tun, bis ein umfassendes Netz an Hospizen geschaffen sowie eine palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist. In der Debatte um die zulässigen Formen aktiver und passiver Sterbehilfe bleibt daher der Verweis auf die Hospizbewegung und auf die Palliativmedizin als ernst zu nehmende Alternativen zur gefürchteten Apparate- und Hochleistungsmedizin ein noch schwaches Argument.

„Staatlich geprüfter Sterbehelfer“?

Angesichts der Disparität der Meinungen über die Zulässigkeit aktiver und passiver Sterbehilfe ist es nicht verwunderlich, wenn sich auch Überlegungen zu einer

Professionalisierung der Sterbehilfe finden. Die Niederlande, Belgien und Luxemburg sind Vorreiter in dieser Hinsicht, die in der Schweiz beheimatete „Vereinigung für humanes Sterben – EXIT“ und der ebenfalls dort ansässige Verein „Dignitas“ bieten ihre Dienstleistungen grenzüberschreitend an. Wäre eine derartige geschäftsmäßige Sterbehilfe in Deutschland von der Berufsfreiheit in Art. 12 Abs. 1 GG gedeckt, wonach „alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen“? **Dieter Lorenz**, emeritierter Ordinarius für Staatsrecht, Verwaltungsrecht und Allgemeine Rechtslehre am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Konstanz, verneint diese Frage („**Sterbehilfe als Beruf**“, MedR 2010, S. 823 – 828). Seiner Ansicht nach umfasst der Schutzbereich des Grundrechts der Berufsfreiheit nicht die geschäftsmäßige Sterbehilfe, da das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ent-

haltene Tötungsverbot Sterbehilfe selbst in der Form des assistierten Suizids (und erst recht in Form der Tötung auf Verlangen) verfassungsrechtlich verbiete. Einem strafrechtlichen Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe stünde die Verfassung also nicht entgegen. Lorenz meint allerdings, dass der Gesetzgeber ebenso wenig gehindert sei, auf einfach-gesetzlicher Ebene gegen- teilig zu entscheiden. Er zieht dazu eine Parallele zum Schwangerschaftsabbruch: Zwar habe der medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbruch von Verfassung wegen als rechtswidrig zu gelten, doch bleibe er aufgrund des gesetzlichen Beratungskonzepts straflos, sei also gesetzlich zulässig. Müssen wir uns also im Bereich der Sterbehilfe auf einen ähnlichen Drahtseilakt gefasst machen, wie ihn uns das Verfassungsgericht und – ihm folgend – der Gesetzgeber beim Schwangerschaftsabbruch vorgemacht hat? (us)

aus der jvl

Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V., 24.2.2011

Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik

Mit dem Verfahren der so genannten „Präimplantationsdiagnostik“ (PID) sollen künstlich erzeugte Embryonen, die bestimmte genetische Abweichungen aufweisen, identifiziert und von der Übertragung in die Gebärmutter ausgeschlossen werden. Es handelt sich daher nicht primär – wie es der Begriff „Präimplantationsdiagnostik“ nahelegt – um ein „diagnostisches“ Verfahren. Das Wesen der PID liegt vielmehr in der *Embryoselektion*.

1. Hauptbetroffener der PID ist der menschliche Embryo. Er ist Träger der Menschenwürde und des Rechts auf Leben.

„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“ (BVerfGE 39, 1, 41; vgl. auch BVerfGE 88, 203, 252). Das gilt auch für den Embryo in vitro. Alle Erkenntnisse der Embryologie sprechen dafür, im menschlichen Embryo den Menschen im Anfangsstadium seiner Existenz zu sehen. Die Würde des Menschseins liegt auch für das ungeborene Leben im Dasein um seiner selbst willen. Es verbietet sich daher „jegliche Differenzierung der Schutzverpflichtung mit Blick auf Alter und Entwicklungsstand dieses Lebens“ (BVerfGE 88, 203, 267).

2. Eltern haben kein Verfügungsrecht über ihre Nachkommen. Sie sind ihnen zur Fürsorge anvertraut. Das gilt auch für künstlich erzeugte Embryonen.

Durch die Erzeugung von Embryonen ist die Elternverantwortung entstanden. Es gibt keine rechtlich ungebundene, freie Entscheidung der Mutter darüber, ob und ggf. welche Embryonen sie austragen möchte.

Elterliche Verantwortung besteht immer darin, das Kind in seiner jeweiligen Eigenart anzuerkennen und anzunehmen. Sie ist gerade dann gefordert, wenn genetisch bedingte Fehlbildungen oder Erkrankungen vorliegen und deshalb in besonderer Weise Hilfe und Unterstützung erforderlich sind.

Das natürliche Bestreben, Krankheiten zu vermeiden und zu bekämpfen, sowie der Wunsch, gesunde Kinder zu haben, rechtfertigen es nicht, kranken Kindern die Menschenwürde und das Lebensrecht zu bestreiten und sie unversorgt sterben zu lassen. Diese Selbstverständlichkeit gilt in gleicher Weise für ungeborene Kinder und Embryonen.

3. Die im Rahmen der PID künstlich erzeugten Embryonen werden nicht wie Rechtssubjekte behandelt, denen Menschenwürde und Lebensrecht zustehen. Es findet eine „Qualitätsauswahl“ nach genetischen Kriterien statt.

Das Wesen eines PID-Behandlungsvertrages liegt nicht darin, eine Schwangerschaft herbeizuführen, denn dies wäre problemlos auch ohne PID möglich. Der PID-Vertrag ist vielmehr darauf gerichtet, genetisch belastete Embryonen vom Embryotransfer auszuschließen. Er hat von vornherein selektiven Charakter.

Die PID verstößt daher nicht „nur“ gegen die Menschenwürde und das Recht auf Leben, sondern auch gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz. Weil im Rahmen der PID den genetisch nicht erwünschten Embryonen gerade wegen ihrer genetischen Konstitution der Transfer in die Gebärmutter verweigert wird, liegt ein Verstoß gegen das spezielle Diskriminierungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG vor („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“).

4. Mit der Schutzpflicht des Staates für menschliche Embryonen ist es unvereinbar, künstliche Befruchtungen ohne individuelle Übertragungsabsicht für den einzelnen Embryo zuzulassen.

Zum Zweck der PID werden Embryonen erzeugt, ohne dass in jedem Einzelfall ihre Weiterentwicklung gesichert ist. Die Zeugung erfolgt quasi „auf Probe“, weil die weitere Existenz der Embryonen vom Ergebnis der genetischen Überprüfung abhängig gemacht wird. Dies stellt einen Missbrauch der In-vitro-Fertilisation dar. Der Gesetzgeber muss in dieser Situation seine Schutzpflicht für menschliche Embryonen in der Weise wahrnehmen, dass er schon die Erzeugung von Embryonen verbietet, die ersichtlich in diskriminierender Weise „aussortiert“ und ihrem Schicksal überlassen werden sollen. Eine andere Möglichkeit, dem Rechtsstatus menschlicher Embryonen gerecht zu werden, besteht darin, wenigstens den diskriminierenden Gentest zu untersagen.

5. Eine „Zeugung auf Probe“ ist genauso inakzeptabel wie eine „Schwangerschaft auf Probe“. Aus dem faktischen Missbrauch von § 218a Abs. 2 StGB ergibt sich kein Argument zugunsten der PID.

Das scheinbar „überzeugendste“ Argument für eine Zulassung der PID ist der Verweis auf die später im Verlauf der Schwangerschaft noch mögliche Pränataldiagnostik mit anschließender Abtreibung gem. § 218a Abs. 2 StGB. Es wird behauptet, ein PID-Verbot führe insoweit zu einem „Wertungswiderspruch“.

Die medizinische Indikation des § 218a Abs. 2 StGB kann aber nicht als *Erlaubnis zur gezielten Selektion* von ungeborenen Kindern mit genetischen Schäden interpretiert werden. Bei der Neuregelung des Abtreibungsstrafrechts im Jahr 1995 wurde die frühere „eugenische Indikation“ gestrichen und hervorgehoben, dass Behinderungen keinesfalls die Tötung ungeborener Kinder rechtfertigen dürfen.

Wer die Geburt eines gesunden Kindes dadurch „erzwingt“, dass bewusst Schwangerschaften herbeigeführt und immer wieder abgebrochen werden, bis ein nachweislich gesundes Kind heranwächst („Schwangerschaft auf Probe“), missbraucht in menschenverachtender Weise die Pränataldiagnostik und die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Dieses Vorgehen ist keineswegs „erlaubt“ und darf nicht zum Maßstab für den Umgang mit Embryonen im Rahmen der

Fortpflanzungsmedizin gemacht werden.

§ 218a Abs. 2 StGB ist nur anwendbar, wenn die Konfliktsituation nicht auf „andere zumutbare Weise“ abgewendet werden kann. Bei der PID ist ein das Leben achtendes „Alternativ-Verhalten“ aber jederzeit möglich, indem auf die Zeugung von Embryonen verzichtet wird, wenn von vornherein klar ist, dass ein Transfer bei entsprechendem Gentestergebnis nicht in Frage kommt. Gerade aufgrund der Möglichkeit, die Konfliktsituation zu antizipieren, kann der Gesetzgeber hier „regulierend eingreifen und verlangen, dass die Erzeugung von ‚zur Disposition‘ stehenden Embryonen von vornherein unterbleibt“ (Schlussbericht Enquete-Kommission, BT-Drs. 14/9020, S. 112).

Die PID ist der Sache nach eine missbräuchliche Nutzung der In-vitro-Fertilisation und eine missbräuchliche, diskriminierende Behandlung menschlicher Embryonen. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, schon die bewusste Erzeugung von Embryonen mit dem Ziel der genetischen Selektion durch eine gesetzliche Regelung zu verbieten. Zumindest sind genetische Untersuchungen, die eine Selektionsentscheidung ermöglichen sollen, zu untersagen. Dies verlangt die Pflicht zur Achtung der Menschenwürde, des Rechts auf Leben und des Diskriminierungsverbots.

Für den Vorstand: VRiaVG a. D. Bernward Büchner, Vorsitzender

Tagungsbericht

Schwangerschaftsabbruch

- Hintergründe, Folgen, Heilung -

In der vor vier Jahren an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt begonnenen Reihe „Interdisziplinäre Gespräche zur Bioethik“ (Lehrstuhl für Moraltheologie in Kooperation mit Netzwerk Leben der Diözese Eichstätt, Juristenvereinigung Lebensrecht e.V., Ärzte für das Leben e.V.) stand am 4./5. November 2010 ein besonders tabuisiertes Thema auf der Agenda. Seit 1974, besonders aber seit der zweiten Neufassung des Abtreibungsstrafrechts 1995 steht die millionenfach erlittene individuelle Dramatik von Abtreibungen nicht mehr im Blickfeld von Politik und Medien, zumal der logische Widerspruch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts („rechtswidrig, aber nicht strafbar“) das öffentliche Unrechtsbewusstsein hinsichtlich der Tötung wehrloser Ungeborener fast gänzlich betäubt hat. Aufsehen erregen nur noch singuläre Veranstaltungen weniger „pro life“-Organisationen (so der jährlich in Berlin stattfindende „Marsch für das Leben“ des Bundesverbandes Lebensrecht) wegen gewalttätiger Gegenreaktionen

militanter „pro choice“-Aktivisten, soweit Medien darüber überhaupt berichten. Bei der Novembertagung in Eichstätt, vor meist studentischem Auditorium, kamen jedoch Fakten zur Sprache, die der Öffentlichkeit nicht vorenthalten werden dürfen.

Abweichend vom gedruckten Programm begann die Veranstaltung mit dem Bekenntnis einer praktizierenden Allgemeinärztin (40 Jahre, Mutter von 4 Kindern, seit fast 3 Jahren alleinerziehend), die das seelische Trauma eines von ihrer sozialen Umgebung erzwungenen Schwangerschaftsabbruchs erschütternd darlegte. Obwohl in wirtschaftlich geordneten Verhältnissen lebend und zur Annahme des Kindes entschlossen, wurde sie von der eigenen Familie (auch dem Partner) so massiv unter Druck gesetzt, dass sie „in allerletzter Minute“ einen Beratungstermin annahm und die Abtreibung durchführen ließ. Zunächst „erleichtert“, stellten sich bald Alpträume, Ängste und Panikreaktionen ein. Sie trug sich, depressiv und wortkarg geworden, mit Suizidgedanken, auch aufgrund verständnisloser Reaktionen des familiären Umfelds („Du übertreibst!“, „Reiß dich mal zusammen!“, „Werd' wieder wie du warst!“). Erst spät erkannte sie die Notwendigkeit professioneller Hilfe und konnte Dank verständnisvoller Psychotherapie ihr seelisches „Martyrium“ überwinden. Ihr Fazit: „Ich kann nur sagen, dass Frauen sich mit einer Abtreibung das Schlimmste antun, was sich eine Frau antun kann: nämlich ihr eigenes Kind zu töten.“ Man solle versuchen, „sich Alternativen anzuhören“, denn „es gibt für jede Frau eine Lösung.“ Sie wünsche, dass mehr Frauen zu ihrer Geschichte mit Schwangerschaft und Abbruch stehen könnten, wisse aber, dass viele Betroffene in ihrer Not und Hilflosigkeit ratlos verstummen.

Auch in den folgenden Referaten stand überwiegend das Leid der Frauen, auch hinsichtlich ihrer seelischen Schuld- und Einsamkeitsnöte, im Mittelpunkt. Dorothee Erlbruch, als Diplomsozialpädagogin in einer evangelischen Beratungsstelle in Pforzheim tätig, referierte über das Thema **„Schwangerschaftskonflikte und post-traumatische Belastungsstörung – Handlungsansätze in der Beratungspraxis“**. Für ihre Beratungstätigkeit ohne Ausstellung von Beratungsscheinen i.S.d. §§ 218a Abs. 1 Nr. 1, 219 Abs. 2 S. 2 StGB gilt die Devise: Aufmerksam zuhören, sich Zeit nehmen, sich einfühlen in die Konfliktgründe mit dem Ziel, nicht das Kind, sondern die Probleme der ratsuchenden Schwangeren zu beseitigen. Unter hohem Termindruck (12-Wochen-Frist) gilt es, einer oft negativ vorgeprägten Entscheidungsvorbereitung entgegenzuwirken. Bei dem meist zuerst konsultierten Gynäkologen laute die Standardfrage: „Wollen Sie das Kind, oder wollen Sie es nicht?“ Dann folge die Übergabe einer Liste verschiedener Beratungsstellen, mit dem Hinweis, alles „möglichst schnell zu erledigen“. Banale Beschwichtigungen seien an der Tagesordnung („Sie können ja später noch ein Kind kriegen“; „Es ist ja noch kein Kind“...). Die Referentin betonte,

dass die gemäß Schwangerschaftskonfliktgesetz „ergebnisoffen“ zu führende „Schein-Beratung“ niemals ermutigend sein könne, da sie der Ratsuchenden faktisch keine überzeugende Hilfe biete. Nach dem Abbruch stünden die Frauen sehr oft – mit oder ohne Latenzphase – vor einem „Gebirge“ von emotionalen, psychosozialen und auch leiblichen, zu Chronizität neigenden Leidenssymptomen, deren medizinische Heilung umso weniger gelinge als die tiefere Ursache häufig ärztlich nicht erfragt bzw. von den Patientinnen verschwiegen oder unbewusst verdrängt werde.

Der Würzburger Richter Rainer Beckmann benannte in seinem Referat eine wesentliche Ursache für das Problem des Schwangerschaftsabbruchs: **„Die Nichtachtung des Embryos als Mensch“**. Während bis ins 19. Jahrhundert hinein nur sehr geringes Wissen über das ungeborene Kind verfügbar gewesen sei, könne sich heute jeder, der es wolle, sehr detailliert über die vorgeburtliche Entwicklung informieren. Dass es sich bei menschlichen Embryonen um Menschen in einem frühen Entwicklungsstadium handele, sei vor allem Frauen bewusst. Beckmann zeigte auf, welche grundlegenden Mechanismen zu einer Negierung des Menschseins des Embryos führen: etwa das weit verbreitete materialistische Welt- und Menschenbild und die „Diktatur des Relativismus“. In juristischer Perspektive sei vor allem die inkonsequente Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu beklagen, die zwar vom „Unrecht“ der Abtreibung ausgehe, aber keine nennenswerten Unrechtswirkungen anerkenne. Fatal sei auch die Theorie von einem „wachsenden Lebensrecht“, die im Ergebnis den Embryo rechtlos stelle. Verbreitet und wohl am wirkungsvollsten sei die Verdrängung der Kenntnisse über den Embryo, so dass dieser als eigentlicher Betroffener der Abtreibung aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt werde.

Das Anschlussreferat von Dr. med. Detlev Katzwinkel (Chefarzt am St. Antonius-Hospital Langenfeld/Rhld.) befasste sich mit den **„Folgen des Abbruchs aus Sicht gynäkologischer Praxis“**. Er skizzierte die soziologische und ideologische Entwicklung der letzten 25 Jahre, gekennzeichnet von promiskuitiver Vorverlagerung sexueller „Emanzipation“ in das Jugendalter, die sich auch in Deutschland in einer statistischen Studie zum Sexualverhalten junger Frauen bestätigte (im befragten Kollektiv 24-jähriger Frauen durchschnittlich 8 Partner). An der hierzulande relativ hohen Abtreibungsquote sind türkische Frauen und Jugendliche nur zu 10% beteiligt. Die Mehrzahl betrifft Alleinstehende und Verheiratete im mittleren Empfängnisalter, während Abtreibungen bei Minderjährigen etwas seltener geworden sind (möglicherweise als Folge höheren Gebrauchs der kontrazeptiven „Pille“).

Dass an seiner gynäkologischen Abteilung prinzipiell keine Abtreibungen vorgenommen werden, dürfte den Referenten zum „Außenseiter“ in seiner Fachdisziplin

stempeln. Umso größeren Wert legt er auf qualifizierte Schwangerschaftsberatung in Konfliktfällen. Ein ärztlicher Gewissenskonflikt kann dadurch entstehen, dass gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie bei jeder Schwangeren drei pränataldiagnostische Untersuchungen vorgeschrieben sind und dass dem Arzt im Falle nicht erkannter Anomalien (durch Ultraschalldiagnostik des Kindes, bei Verdacht zusätzlich auch Fruchtwasseruntersuchung und Chorionzottenbiopsie) oder „nicht ausreichender Aufklärung“ der Schwangeren erhebliche zivilrechtliche Haftung droht, wenn eine mögliche Abtreibung unterblieb. Dieses Damoklesschwert, das seit den achtziger Jahren durch die umstrittenen „Kind als Schaden“-Urteile des BGH die berufliche Existenz von Frauenärzten gefährden kann, öffnet leider fast jedem Verdacht auf Fehlbildung die tödliche Tür.

Die zweite Hälfte der Tagung fand mit dem Referat von Frau Dr. med. A. Pokropp-Hippen über **„Diagnostik und Heilung von Folgen des Schwangerschaftsabbruchs (PAS)“** einen Höhepunkt, da die Münsteraner Allgemeinärztin und zugleich vielseitig ausgebildete Psychotherapeutin über langjährige Erfahrungen mit Patientinnen verfügt, die am „Post Abortion Syndrom“ (PAS) leiden.

Das PAS zeigt Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (engl. PTSD, posttraumatic stress disorder), welche sich im angloamerikanischen Sprachraum verstärkt nach dem Vietnamkrieg als Krankheitsbegriff etabliert hat. Auch Opfer von Unfällen, Folter, sexuellem Missbrauch und von Unterdrückung als sozialer Minderheit werden diesem Erkrankungsbild zugeordnet. Als Merkmale dieses Krankheitsbildes werde genannt: 1. Intrusion (unwillkürlich sich aufdrängende Erinnerungen an das Trauma, Albträume u. a.); 2. Vermeidung (Versuche, das Trauma erinnernde Reize zu vermeiden/zu verdrängen, teilweise oder komplette Amnesie für die Ereignisse, dissoziative Störungen, Zusammenhänge mit dem Trauma ggf. nicht bewusst); 3. „Numbing“ (emotionale Abstumpfung, Isolation, Teilnahmslosigkeit, Gefühlskälte, sozialer Rückzug, Suchtgefahr, Verlust sozialer Beziehungen/Partnerschaft, Depressionen, Suizidgefahr); 4. Übererregbarkeit (Überwachtheit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, emotionale Labilität, extreme Schreckhaftigkeit) (vgl. Harder W. Tschan: Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen-Verstehen – Behandeln. SchweizerMedForum 2004, S. 392-395, 417-419).

Frau Pokropp-Hippen setzt sich als Ärztin und Psychotherapeutin dafür ein, die Folgeerkrankung nach Abtreibung, das Post-Abortion-Syndrom, als Sonderform der PTSD anzuerkennen und somit das Verleugnen und Verdrängen dieses tabuisierten Leidens zu durchbrechen. Ihre Ausführungen unterstrichen eindrucksvoll in ganzheitlicher diagnostischer und therapeu-

tischer Zielsetzung die Erfahrungen von Frau Erlbruch (Pforzheim). Die Definition von Frau Pokropp-Hippen zum PAS lautet: Das Post-Abortion-Syndrom ist eine seelische Erkrankung nach Abtreibung mit psychosomatischer Symptomatik, die in einem zeitlich variablen Intervall auftritt. In dieser kompakten Definition verbirgt sich ein großes Spektrum symptomatisch verschiedener seelischer und körperlicher Störungen.

Als typische seelische Störungen sind zu nennen:

- Depressionen (reaktiv, neurotisch, z. T. larviert), mit Antriebs- und Schlafstörungen, Albträume, z. T. mit Wiederholungsneigung
- Angsterkrankung, Panikattacken, soziale Phobie mit Vermeidungsverhalten
- autoaggressive Impulse, Selbstbestrafungstendenzen, Selbstverletzungsneigung, Suizidalität
- Schuldkomplexe, Beziehungsstörungen (Trennung, Scheidung)
- Überbehüten oder Vernachlässigen geborener Kinder i. S. des Post Abortion Survivor Syndroms (Dr. M. Peeters-Ney/ Prof. Dr. P. Ney)
- Auslösen oder Verstärken von Essstörungen
- Suchtentwicklung (auch hinsichtlich Alkohol)
- Manifestationen von Psychosen

Als körperliche Störungen bei PAS führte die Referentin an:

- psychosomatische Erkrankungen mit Organmanifestation je nach Disposition: z. B. Migräne, Rückenbeschwerden, asthmatische Beschwerden, Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Reizmagen, Reizdarm
- Menstruationsbeschwerden, sexuelle Beschwerden
- Hauterkrankungen
- chronische Schmerzzustände, Burn-out-Symptomatik
- aus chronischer funktioneller Störung kann eine manifeste Organerkrankung werden

Seit Jahrzehnten werden die meisten Symptome von PAS ursächlich verkannt und daher – mit unbefriedigendem Erfolg – isoliert behandelt. Dies lässt sich teilweise auch dadurch erklären, dass manche der tabellarisch gelisteten psychischen Störungen, z. B. Neigung zu Sucht, Depressionen, Schlafstörungen, Panikattacken, in unserer Gesellschaft generell sehr häufig geworden sind. Erfahrungen mit Familien von PAS-Betroffenen lehren außerdem, dass sich Störungen im Familiensystem sowohl im Sinne von Überbehüten als auch in Vernachlässigung als Traumafolge zeigen können (Post Abortion Survivor Syndrom). Das Post-Abortion-Syndrom kann früher bestehende Essstörungen (Bulimie, Anorexia nervosa) aktivieren und neu zum Ausbruch bringen. Psychische Störungen aus dem depressiven Kontext können mit Selbstbestrafungstendenz, Aggression oder Gleichgültigkeit gegen den Partner oder andere beschuldigte Personen einhergehen.

In Studien aus den USA, aus Neuseeland oder Finnland werden Prozentzahlen zum Post Abortion Syndrom genannt: Die Elliot-Studie aus den USA (1994) an 260 Frauen von 15 bis 35 Jahren berichtete von schweren Schuldgefühlen (92%), Depressionen (88%), verlorenem Selbstwertgefühl (82%), Selbstmordgedanken (fast 56%), postabortivem Beziehungsabbruch zum Partner (66%), beginnendem Drogenkonsum (40%) und Alkoholabhängigkeit (36%). Gemäß der Neuseeländischen Untersuchung erkrankt fast jede zweite Frau psychisch nach einer Abtreibung. Der enge Konnex mit Depressionen, Angstzuständen, Suizidgefährdung und Suchtverhalten mit einer Abtreibung überraschte die Autoren. In der Finnischen Studie (1997) wird auf eine dreifach erhöhte Suizidrate nach Abtreibung hingewiesen. Frau Pokropp-Hippen schätzt nach Literaturstudien und eigenen Erfahrungen die Zahl der auch in deutschsprachigen Ländern von PAS betroffenen Frauen auf etwa 80 Prozent, wobei die Symptomatik in Stärke und Schwerpunkt (physisch, psychosomatisch) variiert. Leider ist das PAS immer noch nicht in die jüngste Neufassung der ICD 10 (International Classification of Diseases) einbezogen.

Auch die somatisch-funktionellen Störungen des PAS führen die betroffenen Frauen und Männer (!) eher zu organbezogenen Fachärzten als dass die Herkunft der Symptome durchschaut wird. Die psychotherapeutisch schon bei den emotionalen Merkmalen bekannten „Symptomverschiebungen“ können auch beim leiblichen Symptompektrum vorkommen, was die ursächliche Diagnose nicht erleichtert. Zudem ist kaum bekannt, dass auch Männer als Partner manchmal vom PAS ihrer Partnerin oder selbst betroffen sind.

Traumatische Kindheitserfahrungen mit einer Schwächung des Selbstwertes können bei der Abtreibungsentscheidung auch im Hinblick auf die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber einem die Abtreibung einfordernden Partner oder sozialen Umfeld von wesentlicher Bedeutung sein: Emotionale Vernachlässigung durch die Eltern oder andere Bezugspersonen, habituelle Gewaltanwendung oder sexueller Missbrauch in der Familie sind häufige Beispiele aus der Anamnese der betroffenen Frauen, welche sich nicht mit ihrem Wunsch für das Kind durchsetzen konnten. Das Thema einer möglichen Folgeerkrankung nach Abtreibung (PAS) wird bei der Anamneseerhebung von den Ärzten leider kaum erfragt.

Umso wichtiger ist daher die Nutzung kompetenter psychotherapeutischer Hilfen. Denn letztlich ist jede Abtreibung für die Frau mit einem hohen Risiko verbunden, an einem Post-Abortion-Syndrom zu erkranken. Gravierend kommt – bei Nichterkennung der Ursache – die hohe Tendenz zur Chronizität mit oder ohne Symptomverschiebung der Erkrankung hinzu. Das seelische Leiden der sich selbst und der sozialen Umwelt nicht verzeihenden Frau kann auch zu Verhaltensverände-

rungen führen, die weitere soziale Konflikte in Familie und Partnerschaft (Entfremdung, Streit, Trennung, Scheidung) nach sich ziehen. Diesen Teufelskreis kann nur eine möglichst bald zur Erkennung der auslösenden Ursache führende (Psycho-)Therapie durchbrechen.

Psychotherapeutisch gibt es hierzu verschiedene Methoden, zu denen auch das von Pokropp-Hippen anschaulich demonstrierte KB-Verfahren zählt (katathymes Bilderleben, vom Göttinger Psychiater Leuner als tiefenpsychologisch fundierte Methode entwickelt). Ebenso wichtig wie die Kenntnis und Beherrschung spezieller psychotherapeutischer Verfahren ist aber die Fähigkeit zu einfühlsamer Empathie, die auch mit der eigenen Sozialisation in der Familie des Therapeuten zusammenhängen kann. Wer beispielsweise religiöse Ressourcen in der Therapie grundsätzlich ablehnt, kann und wird sie auch bei seinen Patient(inn)en gegebenenfalls gar nicht erreichen.

Sehr wesentlich in der Therapie des PAS ist zunächst das ganz persönliche Gespräch, denn „in der inneren Wahrnehmung muss aus dem 'Etwas' des Objektes der Abtreibung wieder ein 'Jemand' als personales Gegenüber der Frau werden, welches als das ungeborene Kind unbewusst auf der archetypischen Ebene von ihr angenommen wird. Frauen trauern nicht um den verlorenen Zellklumpen, sondern um das verlorene Kind in seiner ganzheitlichen Existenz“ (Pokropp-Hippen). Oft erschweren aber seelische Blockaden von Scham und Schuld den Zugang zum inneren Anschauen des Verlustes, häufig auch eine Selbstbestrafungsneigung, die sich in verschiedenen Suchtformen und Beziehungsstörungen ausdrücken kann. Zur Überwindung der inneren Isolation muss der Käfig „von innen“ geöffnet werden, müssen Vertrauen und Wertschätzung wieder eine Rolle spielen. Die von PAS betroffenen Frauen „dürfen nicht erneut instrumentalisiert werden, wie es in der Abtreibungssituation geschah“. Dann kann sich auch wieder der Dialog mit anderen und die – in verschiedenen Phasen wirkende – eigene Trauerarbeit ergeben, die aus Platzgründen hier nicht näher geschildert werden kann. Auch geistliche Hilfe kann zentral entlastende Bedeutung haben.

Auch in Selbsthilfegruppen mit erfahrener Gruppenleitung mag dem Käfig der inneren Isolation – auch durch Erfahrungsaustausch – zu entkommen sein. Enorme Bedeutung zur inneren Heilung aber hat die gelingende Bereitschaft zur Versöhnung auf verschiedenen Ebenen: Mit Gott (wenn auch oft durch Schuldkomplexe blockiert); mit dem verlorenen Kind, mit dem Partner, mit der Familie. Diesen oft schwierigen Stufen sollte letztlich immer „Versöhnung mit dem Leben“ folgen, d. h. Vertrauen in die Kompetenz zur Gestaltung des eigenen Lebensweges, auch in Schwellen Krisen (Klimakterium, Berufsaufgabe, Tod naher Angehöriger). So kann auch wieder Sinn im Kontext des eigenen Lebens gefunden werden, wobei der Tod des eigenen Kindes

nicht vergessen wird, aber Teil des mit neuer Hoffnung erfüllten Weges werden kann. Frau Pokropp-Hippen wies auch auf Papst Johannes Paul II. hin, der in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ (1994) Worte hinterlassen hat, die über konfessionelle Grenzen hinaus Mut und Zuversicht für den Weg von Heilung und Versöhnung vermitteln. Die Hoffnung auf das Geborgen-Sein in Gottes Zukunft gemeinsam mit dem Kind gibt der Trauer um das Verlorene eine neue tröstende und verheißungsvolle Dimension. Die Versöhnung mit dem verlorenen Kind ist – wie Pokropp-Hippen weiter betont – auch von Bedeutung für den Umgang mit geborenen Kindern. Denn unvergebene Schuld kann Bestrafungsphantasien zur Folge haben, welche das Entwicklungspotenzial geborener Kinder aus Angst hemmen und eingrenzen wollen. „So wird der Käfig des Post Abortion Syndroms dann zum Käfig des Post Abortion Survivor Syndroms“, so die Referentin.

Dem eindrucksvollen Vortrag von Frau Pokropp-Hippen schloss sich das fundierte Referat von Prof. Stefan Müller zum Thema Gewissensbildung an, das er bescheiden „**Präventivethische Skizze zur Abtreibungsthematik**“ titulierte. Nach einem geistesgeschichtlichen Exkurs zu Gewissen und Gewissensbildung deckte er deren Grundelemente auf, vor allem die frühkindliche Beziehungsbildung am Leitbild und Verhalten der Eltern als familiäre „Grundlage für die Annahme des eigenen Lebens“. Zitat: „Treue ist das Gewissen der Liebe.“ Des Weiteren ging er auf die Enzyklika „Evangelium vitae“ (Ziff. 99) von Papst Johannes Paul II. ein und kam auf die aus christlicher Sicht unbedingte Annahme körperlich oder geistig behinderter Kinder zu sprechen, deren geachtete Existenz geradezu als ein Gradmesser für die gereifte soziale Fähigkeit und einfühlsame Mitmenschlichkeit einer Gesellschaft gelten könne. Gewissensbildung und unverkürzte Vermittlung des christlichen Glaubens sind ständiger und unverkürzter Auftrag der als Christi Gründung theologisch fundierten Kirche. Diese zugleich mit ökumenischem Verständnis vorgebrachte Lehrauffassung fand im Auditorium spürbar positive Resonanz.

Ein zeitgeistgeschichtlich höchst aktueller Vortrag der wegen Erkrankung verhinderten Referentin Prof. Dr. phil. Hanna Barbara Gerl-Falkovitz (Dresden) konnte von Prof. em. Dr. med. H.- B. Wuermeling vorgetragen werden („**Vom Leib zum Körper – Abtreibung und Frauenbilder**“). Die von der feministischen Gender-Ideologie und ihren extremen Relativierungen sexueller Identität kritisch handelnden, profunden Ausführungen der in Dresden lehrenden Religionsphilosophin setzen der seit Mitte des 20. Jahrhunderts entstandenen, gänzlich naturwidrigen Unlogik feministischer und postfeministischer Irrlehren – selbst eine bizarre Sakralisierung der Abtreibung wird propagiert, Kind und Mann seien „die zwei Fallen“ für die Frau – philosophisch, naturrechtlich und christlich fundierte Klarheit des Argumentie-

rens entgegen. Da aber die variablen Postulate auch die Grundlagen von Politik und Erziehung verantwortungslos infizieren („Fließende sexuelle Identität als politischer Hebel“ u. a.), dürfen solche die Würde der Frau und des Mannes schwer verletzende Theoreme nicht fahrlässig ignoriert werden. Sie erfordern Aufklärung im wirklichkeitsnahen Sinn und mutigem geistigen Widerstand. Es empfiehlt sich, die systematisch ausgewogene und ausgezeichnete Darstellung von Frau Prof. Gerl-Falkovitz im vorgesehenen Tagungsband (Erscheinungsjahr 2011) nachzulesen.

Den Schlusspunkt der Tagung bildete eine pragmatische, von zeithistorischen Erfahrungen geprägte Mahnung („**Ein neuer Fokus in der Abtreibungsdebatte**“) des in Wien lehrenden spanischen Professors Dr. Enrique H. Prat de la Riba zu besserer Debattenkultur, gerade bei einem so existenziellen Thema wie Abtreibung und ihre Folgen. Nicht mit ehrverletzenden und gehässigen Schlagworten, sondern nur mit im Ton konzilient freundlicher, doch in der Sache redlicher Aufrichtigkeit lassen sich tragfähige Konsense erreichen. Voraussetzung müsse dabei aber – gerade bei so wichtigen Fragen wie dem Lebensschutz – verantwortungsbewusster Verzicht auf faule Kompromisse oder relativistische „Flexibilität“ aus egozentrischer Bequemlichkeit sein. Die Eichstätter Tagung, primär fokussiert auf interdisziplinäre Gespräche zur Bioethik, hat wichtige geistige Impulse zum Umdenken vermittelt. Können die dabei aufgedeckten Tabus einer breiteren Öffentlichkeit aber auch noch wirksam und nachhaltig bekannt gemacht werden? Muss nicht guten Worten auch möglichst gutes Handeln folgen? Die Tagung war – ein weiteres Hoffnungszeichen – nicht nur interdisziplinär, sondern auch ökumenisch geprägt. Juristen sind dem Wortlaut und der genauen Auslegung bestehender Rechtsnormen, Ärzte dem mitmenschlich helfenden und strikt lebensschützenden Ethos des Hippokratischen Eides als sittlich tragendes Fundament ihres Berufsstandes verpflichtet. Warum sollte sich daraus nicht eine zielstrebige, philosophisch und theologisch unterstützte Synthese wahrer Humanität mit Rückkehr zu tiefer „Ehrfurcht vor dem Leben“ – im Sinne Albert Schweitzers, des großen Arztes und evangelischen Theologen – entwickeln können?

Prof. Dr. med. Otto Paul Hornstein, Uttenreuth

Antwort auf den Leserbrief von Prof. Dr. Christine Swientek in ZfL 3/2010, S. 103 f., zu unserem Beitrag: „Moses-Projekte als Hilfe für Schwangere in Not“ (ZfL 1/2010, S. 6 ff.).

Einsatz für das Leben und das Lebensrecht besonders der Schwächsten ist keine emotional indifferente Angelegenheit. Auch unter denen, die sich mit großem persönlichem Einsatz dem Lebensschutz widmen, kann es zu polarisierenden Differenzen kommen. Im Editorial „Lebensrecht, Lebensschutz und Elternverantwortung“ (ZfL 1/2010) hoffte R. Beckmann, dass der Streit um die Babyklappe „keinen Keil zwischen Lebensschützer treiben“ sollte, „die hier unterschiedliche Wege befürworten“.

Wir wollen die Schärfe von Formulierungen der Leserbriefautorin, die wir als persönlich verletzend empfinden, nicht nachahmen. Freilich ist in solchem Ton eine sinnvolle wissenschaftliche Diskussion schwer möglich, wenn überhaupt gewünscht, wie das „Si tacuisses“ am Ende des Leserbriefes doch bezweifeln lässt. Als Kriminologin pflegt sie mit Verve und Akribie die Perspektive möglicher krimineller Machenschaften oder Missbräuche im Umfeld von Babyklappen und sammelt dafür Indizien auch in ihrer Streitschrift (nicht: Studie!) „ausgesetzt. verklappt. anonymisiert. Deutschlands neue Findelkinder“ von 2007. Die Möglichkeit solcher Gefahren einfach auszuschließen, ist nicht unser Anliegen: wir wissen tatsächlich auch, dass das Ehescheidungsrecht Gattenmord (leider) nicht verhindern kann – ein Argument des Leserbriefes, das zur Grundlinie der Argumentationsziele seitens Prof. Dr. Swientek passt: „In der Diskussion um Babyklappe und anonyme Geburt geht es nicht um die ‚Rettung‘ todgeweihter Neugeborener, sondern um die Verführung von Eltern, ihre Kinder angeblich legal und folgenfrei ‚sicher‘ auszusetzen – und damit Findelkinder zu erzeugen, die Opfer eines abstrusen mittelalterlichen Idee werden, indem man ihnen ihr Recht auf Abstammung und Identität nimmt“ (Swientek 2007, S. 7 – gedacht als Textband auf jeder Seite ihres Buches).

Dies ist ein entscheidender Punkt. Wir glauben nicht, dass Scheidungsstellen Gattenmord fördern wollen und fördern; ebenso wenig glauben wir aufgrund unserer Erfahrungen in der Begleitforschung des Moses-Projektes Ortenau und des intensiven Kontaktes mit Mutter-Kind-Einrichtungen, dass die Befürworter von anonymer Geburt als ultima ratio (mehr nicht!) und von Babyklappen Findelkinder erzeugen wollen und erzeugen. Im Gegenteil wollen sie das Leben des Kindes retten und möglichst auch sein Recht auf Kenntnis seiner Abstammung. Sie kennen aber auch die echten Nöte und verzweifelten Situationen der Mütter und nehmen diese so ernst, dass diese Mütter sich doch für das Kind, das ggfs. dank des Babykörbchens noch lebt, entscheiden können. Sozialtherapeutisch herrscht Konsens darüber, dass dies mehr hilft als Kriminalisierung – die ihr Recht behält, wo es sich wirklich um kriminelle Machenschaften handelt. Für diese Möglichkeit sensibilisiert die Leserbriefautorin, das ist ihr Verdienst, wenn sie auch andere bedrängende Wirklichkeiten in diesem Kontext aus unserer Sicht nicht genügend gelten lässt, sondern durch die kriminologische Perspektive diskreditiert.

Eine solche Einengung des Blickes (*biases!*) halten wir für die ethische Argumentation nicht ausreichend, erst recht nicht im Deutschen Ethikrat. Das veranlasste auch unseren Beitrag in ZfL 1/2010. Wir sehen die hohe Komplexität und schweren Nöte, die mit der Frage anonymer Geburt verbunden sind. Um diese und ihre möglichst lebensförderliche Lösung geht es uns – auch in unserer systematischen, freilich mühsamen Begleitforschung mit sorgfältiger Dokumentation jedes Vorganges. Gerne schalten wir uns weiter in den *wissenschaftlichen* Diskurs ein und halten es für förderlich, wenn darin viele Argumente gehört und sach-, fach- und personengerecht erwogen werden, umso mehr, wenn das gemeinsame Ziel der Lebensschutz ist und bleibt.

26. Januar 2011

Prof. Dr. theol. Lic. psych. Klaus Baumann

Dr. rer. soc. Dipl. psych. Dieter Fuchs, Freiburg

Aktion Lebensrecht für Alle (ALfA) · Christdemokraten für das Leben (CDL) · Juristen-Vereinigung Lebensrecht (JVL)

laden ein zum Symposium:

„Abtreibung – ein neues Menschenrecht?“

Freitag, 1. Juli 2011, Beginn: 10.30 Uhr · Mercure Hotel Severinshof Köln City, Severinstr. 199, 50676 Köln

Es referieren:

Prof. Dr. iur. Katharina Pabel, Alexandra Maria Linder M.A., Maria Grundberger
Dr. med. Peter Liese MdEP und Prof. Dr. theol. Peter Schallenberg.

Nähere Informationen erhalten Sie alsbald auf den Homepages der veranstaltenden Vereinigungen.

Stammzellenpatent: Brüstle droht Niederlage vor EuGH

Vor dem mit Spannung erwarteten Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Rechtsstreit um das Stammzell-Patent des Bonner Stammzellforschers Oliver Brüstle hat jetzt Generalanwalt Yves Bot sein Schlussplädoyer abgegeben. Darin schlägt er eine umfassende Definition menschlichen Lebens vor, beginnend mit der Befruchtung. Die EU-Biopatentrichtlinie schütze den „menschlichen Körper in den einzelnen Phasen seiner Entstehung und Entwicklung“. Dies gelte „vom ersten Stadium seiner Entwicklung an“. Daher seien alle Zellen, aus denen sich ein Mensch entwickeln könne, „rechtlich als Embryonen zu werten“, so Bot. „Eine Erfindung, die embryonale Stammzellen verwendet, industriell anzuwenden, hieße, menschliche Embryonen als banales Ausgangsmaterial zu benutzen, was gegen die Ethik und die öffentliche Ordnung verstoßen würde“, begründete Bot seinen Standpunkt.

Anders als ein Staatsanwalt hat ein Generalanwalt beim EuGH die Aufgabe, einen Vorschlag für ein Urteil des EuGH zu erarbeiten und öffentlich vorzustellen. Der EuGH ist an diesen Vorschlag nicht gebunden, folgt ihm in der Praxis jedoch meist. Brüstle hatte vor einigen Jahren ein Patent auf die Herstellung von Zellen aus menschlichen Embryonen, sowie ihre Verwendung zu therapeutischen Zwecken beantragt. Dieses Patent ist zunächst erteilt worden. Ein Gericht gab jedoch dem Einspruch der Umweltorganisation Greenpeace, die gegen das Patent geklagt hatte, statt. Brüstle legte Revision beim Bundesgerichtshof ein. Dieser vertagte die Verhandlung und legte den Fall wegen Unklarheiten in der EU-Biopatentrichtlinie im November

2009 dem EuGH vor. Die Richter des Gerichtshofs treten nun in die Beratung ein. Ein Urteil wird frühestens für den Sommer erwartet.

Regierung legt neuen Stammzellbericht vor

Die Bundesregierung hat ihren Vierten Erfahrungsbericht über die Durchführung des Stammzellgesetzes (Bundestags-Drucksache 17/4760) vorgelegt. Der Berichtszeitraum umfasst die Jahre 2008 und 2009. In diesem Zeitraum wurde das Stammzellgesetz novelliert; seitdem können deutsche Forscher mit menschlichen embryonalen Stammzellen arbeiten, die vor dem 1. Mai 2007 aus getöteten Embryonen gewonnen wurden. Wie Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) bei der Vorstellung des Berichts im Deutschen Bundestag erklärt, habe die Verlegung des Stichtags „die Möglichkeit verbessert, embryonale Stammzellen auch in Deutschland für Forschungszwecke zu nutzen, sodass die deutsche Forschung im internationalen Vergleich mithalten“ könne. Der Bericht verzeichnet eine deutliche Zunahme von Anträgen auf den Import und die Verwendung humaner embryonaler Stammzellen. So seien bis Ende Dezember 2009 für insgesamt 49 Forschungsvorhaben, die an 34 Institutionen durchgeführt werden, Genehmigungen für die Verwendung der embryonalen Stammzellen erteilt worden. In 19 Forschungsvorhaben sei dabei die Einfuhr und Verwendung von 23 Zelllinien genehmigt worden, die zum neuen Stichtag hergestellt worden waren.

Wie es in den „Schlussfolgerungen“ des 32-seitigen Berichts heißt, sei die „Forschung an humanen embryonalen Stammzellen“ weiterhin „überwiegend eine Domäne der Grundlagenforschung“. „Kurz- und mittelfristig“ zielten „anwendungsbezogene Forschungsvorhaben“, bei denen menschliche embryonale Stammzel-

len zum Einsatz kämen, „eher auf Wirkstoff-Screening und pharmakotoxikologische Tests ab“. Mit anderen Worten: Außer in der Grundlagenforschung, bei der es vor allem darum gehe „wichtige Fragestellungen zum Verständnis der menschlichen Embryonalentwicklung und der Mechanismen der frühen Differenzierungsschritte“ zu klären, werden menschliche embryonale Stammzellen derzeit vor allem hinsichtlich ihrer Eignung als Testsysteme für Medikamente erforscht.

Kabinett will Änderungen beim Betäubungsmittelrecht

Das Bundeskabinett hat eine bessere Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten mit Schmerzmedikamenten beschlossen. Hierzu soll das Betäubungsmittelrecht geändert werden. Der Beschluss geht auf eine Initiative von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) zurück. Laut dem Berichterstatter für Palliativmedizin der FDP-Bundestagsfraktion, Michael Kauch, sollen künftig erstmals auch cannabishaltige Fertigarzneimittel zur Schmerzbehandlung zugelassen werden. Nicht aufgebrauchte Schmerzmittel sollten für andere Patienten verwendet werden und Hospize einen Notfallvorrat an Betäubungsmitteln parat halten können. Bisher ist das nicht zulässig. Die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung kritisierte dagegen die geplante Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung als „zu kurz gegriffen“. Zwar sei zu begrüßen, dass damit den 23.000 Patienten in den wenigen 165 bestehenden Hospizen ein patientenunabhängiger Schmerzmittelvorrat zur Verfügung stehe. Es fehle jedoch für die 700.000 Patienten in rund 11.000 Pflegeheimen eine gleichlautende Regelung.

EU-Parlament fordert Zugang zu IVF auch für Lesben

Das Europäische Parlament hat einen Antrag zurückgewiesen, der Mitgliedstaaten die Zulassung von In-Vitro-Fertilisationen (IVF) ohne Altersbegrenzung erlauben soll. Zwar stimmten die Abgeordneten in Brüssel für einen Vorschlag zur Beseitigung von Diskriminierungen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung. Allerdings lehnten sie es ab, Altersgrenzen als Diskriminierung einzustufen. In dem Antrag forderte das Parlament von den 27 Mitgliedstaaten stattdessen Maßnahmen, um bei der künstlichen Befruchtung „die Diskriminierung von Frauen aufgrund ihres Familienstandes, der sexuellen Ausrichtung“ sowie der „ethnischen oder kulturellen Herkunft“ zu beseitigen. Einige Staaten Europas erlauben künstliche Befruchtungen nur verheirateten, heterosexuellen Paaren. In einer weiteren Abstimmung forderte das Parlament zudem, Frauen müssten eine vollständige Kontrolle über ihre reproduktive Rechte besitzen. Dazu gehöre nach Ansicht des Parlaments auch ein leichter Zugang zu Empfängnisverhütung und Abtreibung.

Studien zeigen Gefahren künstlicher Befruchtung auf

Künstliche Befruchtungen können das Leben der Mutter gefährden. Darauf hat jetzt das Wiener Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) anhand einer Auswertung mehrerer aktueller Studien hingewiesen. So zeige eine kürzlich erschienene Studie niederländischer Forscher, dass die Mortalitätsrate von Frauen bei Schwangerschaften nach In-Vitro-Fertilisationen (IVF) dreimal

so hoch ist, wie bei allen anderen Schwangerschaften. Für die in der Fachzeitschrift „Human Reproduction“ veröffentlichte Studie (2010, 25; 1782-1786) werteten die Autoren der Studie Daten aus den Jahren 1984-2008 aus. In westlichen Industriegesellschaften besitze die Schwangere bei einer IVF inzwischen gar ein höheres Todesrisiko als bei einer Abtreibung. Wie die Autoren eines Editorial des „British Medical Journal“ (2011; 342: d436) schrieben, seien in den Jahren 2003 bis 2005 allein in Großbritannien sieben Frauen direkt an den Folgen einer künstlichen Befruchtung gestorben; in vier Fällen sei der Grund ein ovarielles Hyperstimulations-Syndrom (OHS) gewesen. Weil im Rahmen künstlicher Befruchtungen mehr Eizellen befruchtet werden, als normalerweise im weiblichen Organismus binnen eines Zyklus heranreifen, werden den Frauen vor der Eizellspende extrem hohe Hormondosen verabreicht. Eine im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlichte Studie (2011; 108 (3): 23-31) zeige außerdem, dass Frauen, denen bereits befruchtete „gespendete“ Eizellen implantiert wurden, als Hochrisikopatienten einzustufen seien. Demnach kam es bei diesen Frauen zu einer deutlich höheren Häufung von schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck, der in einigen Fällen als derart lebensbedrohlich eingestuft wurde, dass er eine Abtreibung nach medizinischer Indikation nach sich zog.

Britischer Gesundheitsdienst diszipliniert Gewissen

Das „Christian Legal Centre“, ein Zusammenschluss christlicher Anwälte, hat einer Mitarbeiterin des britischen National Health Service (NHS) juristischen Beistand im Rechtsstreit gegen ihren Arbeitgeber angeboten. Der NHS hatte die Mitarbeiterin eines Londoner Gesundheitszentrums Ende letzten Jahres vom Dienst suspendiert, weil sie Flugblätter an

ihre Kollegen verteilt hatte. Der Grund: Die 39-jährige Katholikin hatte Sorge, dass Frauen und Paare, die die Familienplanungsstelle aufsuchen, in der sie arbeitete, nicht immer hinreichend über die möglichen psychologischen Spätfolgen einer Abtreibung informiert werden. Laut der britischen Tageszeitung „Daily Telegraph“ muss sich die Frau nun einem Disziplinarverfahren stellen. Der 1948 gegründete und mit Steuergeldern finanzierte NHS ist Teil des staatlichen Gesundheitssystems in Großbritannien.

Standesrecht: Marburger Bund lehnt Liberalisierung ab

Der Vorsitzende der Ärzteorganisation Marburger Bund, Rudolf Henke, hat Forderungen widersprochen, das Standesrecht der Ärzte so weit zu liberalisieren, dass mit ihm auch ein ärztlich assistierter Suizid vereinbar werde. Wörtlich sagte Henke: „Ich bin dafür, die bisherigen Formulierungen im Berufsrecht zur Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids beizubehalten.“ Henke, dessen Marburger Bund die angestellten und beamteten Ärzte vertritt, sagte, man könne zwar diskutieren, „ob wir Präzisierungen benötigen, die verunsicherten Kollegen verdeutlichen, dass es nicht gegen das Berufsrecht verstößt, lebensverlängernde Maßnahmen in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen zu beenden“. Außerhalb solcher Sterbebegleitung dürfe es jedoch keine Änderung des bisherigen Kurses geben, wonach es mit dem ärztlichen Ethos und dem Berufsrecht der Ärzte unvereinbar ist, einem Patienten tödliche Medikamente für die Selbsttötung zur Verfügung zu stellen. „Wir brauchen hier klare Grenzziehungen“, so Henke weiter.