

Dokumentation

Frankfurt am Main ■ 3. Juni 2008

www.epd.de

Nr. 24

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog

Herausgegeben von Simone Ehm und Silke Schicktanz

Israel und Deutschland verfügen über hochentwickelte Biotechnologien und Medizin. Eine Deutsch-Israelische Fachtagung vom 29.-30. November 2007 in Berlin fragte nach der Gestaltungskraft von Religion und anderen kulturellen Einflussfaktoren bei der Bewertung und Etablierung von Biomedizin. Organisation und Dokumentation der Tagung erfolgte in Kooperation der Evangelischen Akademie zu Berlin mit der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen.

Impressum

Herausgeber und Verlag:
Gemeinschaftswerk der
Evangelischen Publizistik (GEP)
gGmbH
Anschrift: Emil-von-Behring-Str. 3,
60439 Frankfurt am Main.
Briefe bitte an Postfach 50 05 50,
60394 Frankfurt

Direktor:
Jörg Bollmann
Verlagsleiter:
Frank Hinte
epd-Zentralredaktion:
Chefredakteur: Dr. Thomas Schiller

epd-Dokumentation:
Verantwortlicher Redakteur
Peter Bosse-Brekenfeld
Tel.: (069) 58 098 –135
Fax: (069) 58 098 –294
E-Mail: doku@epd.de

Der Informationsdienst
epd-Dokumentation dient der
persönlichen Unterrichtung.
Nachdruck nur mit Erlaubnis und
unter Quellenangabe.

Druck: druckhaus köthen

■ Der Einfluss von Religion und Kultur auf Biomedizin

»Geburt und Tod gelten als Phänomene, die stark religiös und kulturell geprägt sind. Damit gewinnt die Frage nach dem Einfluss von Kultur und Religion auf die Entwicklung und Bewertung von Technologien am Anfang und am Ende des Lebens eine besondere Bedeutung. So vollziehen sich biomedizinische Anwendungen wie die Reproduktionsmedizin, pränatale Diagnostik und lebensverlängernden Maßnahmen und ihre ethischen Reflexionen in spezifischen soziokulturellen und historisch-politischen Kontexten.

Israel und Deutschland bieten interessante Rahmenbedingun-

gen für ein interkulturelles und interreligiöses Gespräch über diesen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Werten, biomedizinischer Praxis und bioethischer Argumentation: Beide Länder verfügen über hoch entwickelte Biomedizin und führen eine intensive fachliche und öffentliche Debatte über Chancen und Grenzen einzelner Technologien.

Ziel der Tagung ist es, im deutsch-israelischen Gespräch ein vertieftes Verständnis für die Dynamik in den nationalen Debatten zu erarbeiten. Wir fragen nach der Gestaltungskraft von Religion und Kultur in der Etablierung und ethischen Bewertung von Biomedizin im öffentlichen und politischen Raum.

Im Mittelpunkt der Diskussion stehen folgende Fragen:

■ Welchen Einfluss haben religiöse Vorstellungen und kulturelle Deutungen im Rahmen von Experten-, Bioethik- und Politik-Debatten?

■ Welche Auswirkungen sind in der deutschen und israelischen Medizinpraxis zu beobachten und zu deuten?

■ Welche Bilder vom gesunden und kranken Menschen existieren in der jeweiligen nationalen öffentlichen und fachlichen Debatte? (...)«

(aus der Einladung zur Tagung in der Evangelischen Akademie zu Berlin)

Quellen:

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog

Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007.

Die Wiedergabe der Diskussionsbeiträge der Tagung wurde zum Teil stark gekürzt. Für die inhaltliche Kürzung sind die Herausgeberinnen verantwortlich.

Die Herausgeberinnen danken Solveig Hansen, Martin Gloger und Mark Schweda für ihre maßgebliche Unterstützung bei der Transkription der Diskussionen.

Aus dem Inhalt:

Zur Tagung in der Evangelischen Akademie zu Berlin (29./30. November 2007)

- Simone Ehm:
»Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog – Begrüßung und Einführung in die Tagung« 5

I Leben geben – Ethische, religiöse und soziokulturelle Aspekte der Reproduktion

- »Medizinische Möglichkeiten am Beginn des Lebens – eine Einführung in den deutsch-israelischen Dialog«
Prof. Dr. Silke Schicktanz, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen 7
- »Halachische Perspektiven auf die Fortpflanzung, den menschlichen Embryo und die Schwangerschaft«
Prof. Dr. Abraham Steinberg, Pädiatrische Neurologie, Shaarei Zedek Medical Center; Leiter des Zentrums für Medizinethik, Hebrew University, Hadassa Medical School, Jerusalem 9
- »Diskussion zum Vortrag Prof. Dr. Abraham Steinberg« 12
- Schwangerschaft, Reproduktionsmedizin und der Status des Embryos in der deutschen Bioethik-Debatte
Prof. Dr. Claudia Wiesmann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen 17
- »Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Claudia Wiesemann« 19
- Behinderung, Genetik und Tradition – Soziokulturelle Aspekte der genetischen Praxis in Israel
Prof. Dr. Aviad Raz, Social Science Department, Ben-Gurion University, Negev / Beer-Sheva 26
- »Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Aviad Raz« 28

II Leben beenden – Ethische, religiöse und soziokulturelle Aspekte zum Umgang mit dem Lebensende

- Morgenandacht
Dr. Erika Godel, Studienleiterin für interreligiösen Dialog, Evangelische Akademie zu Berlin 32
- Medizinische Möglichkeiten am Ende des Lebens – Eine Einführung in den deutsch-israelischen Dialog
Simone Ehm, Studienleiterin Ethik in den Naturwissenschaften, Evangelische Akademie zu Berlin 34
- Religiöse Argumente in der Sterbehilfe-Debatte in Deutschland
Prof. Dr. Reiner Anselm, Theologische Fakultät, Universität Göttingen 38
- »Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Reiner Anselm« 41

► Die Diskussion über den Umgang mit dem Lebensende in Israel: Ethik und Politik Dr. Carmel Shalev, Law Faculty, University of Tel Aviv	46
► »Diskussion zum Vortrag von Dr. Carmel Shalev«	48
► Todesbilder in der modernen Gesellschaft – Zur Kultur des Sterbens und zum Umgang mit dem Tod Dr. Irmhild Saake, Soziologisches Institut, Universität München	52
► »Diskussion zum Vortrag von Dr. Irmhild Saake«	54
► »Abschlussdiskussion: Der Einfluss von Religion und Kultur auf Entwicklung und Bewertung der Biomedizin«	57

Liste der Referentinnen und Referenten und Teilnehmenden

Teilnahmeliste	61
----------------	-----------

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog – Begrüßung und Einführung

*Von Simone Ehm, Studienleiterin Ethik in den Naturwissenschaften,
Evangelische Akademie zu Berlin*

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Ich begrüße Sie herzlich zu unserer Tagung hier in der Evangelischen Bildungsstätte auf Schwanenwerder bei Berlin.

Besonders willkommen heiße ich unsere Gäste, die sich aus Israel auf den Weg zu uns gemacht haben. Es ist uns eine Ehre, sie bei uns begrüßen zu dürfen und wir sind sehr gespannt auf den Austausch mit ihnen.

Herzlich willkommen heiße ich sie auch im Namen des Kooperationspartners dieser Tagung, der Universitätsmedizin Göttingen. Frau Prof. Dr. Silke Schicktanz und ich haben diese Tagung gemeinsam vorbereitet und werden sie gemeinsam durch die Veranstaltung leiten.

Ganz zu Beginn einige organisatorische Bemerkung zur Übersetzung. Unsere gesamte Tagung verläuft komplett zweisprachig in Deutsch und Englisch, d.h. alle inhaltlichen Bestandteile der Tagung werden übersetzt.

Wir haben uns bewusst entschieden, auch die Diskussion nach den Vorträgen nicht ausschließlich auf Englisch zu führen, denn uns ist wichtig, dass der fachliche Austausch nicht an sprachlichen Barrieren scheitert.

Soviel vorweg – was erwartet sie nun inhaltlich am heutigen und morgigen Tag?

Der Einfluss von Religion und Kultur auf Biomedizin – Ein deutsch-israelischer Dialog am Beispiel medizinischer Möglichkeiten an den Grenzen des Lebens, so der Titel unserer Veranstaltung

Wie sie wissen verfügen wir heute über weit reichende Möglichkeiten, in Prozesse am Anfang und am Ende des Lebens einzugreifen.

In Vitro-Fertilisation, PND und PID, künstliche Ernährung und künstliche Beatmung – Dies sind nur einige Techniken, die die traditionellen Grenzen zwischen Leben und Tod verwischen.

Neue ethische Probleme werden aufgeworfen, alte werden zugespitzt und wir sind gefragt, unser Schicksal und das Schicksal anderer an den Grenzen des Lebens stärker selbst in die Hand zu nehmen.

Israel und Deutschland stehen in Bezug auf die Biomedizin vor sehr ähnlichen Fragestellungen und in beiden Ländern ist eine intensive Auseinandersetzung über Chancen und Grenzen einzelner Technologien zu beobachten.

Diese Debatten vollziehen sich jedoch sehr unterschiedlichen Kontexten. Religion, Kultur, Politik und Geschichte prägen Deutschland und Israel auf je sehr eigene Art und ihr Einfluss auf die Etablierung und Bewertung von Biomedizin ist damit höchst spezifisch.

So führt der besondere Hintergrund Israels zu einem vergleichsweise liberalen und wenig regulierten Umgang mit der Fortpflanzungsmedizin. Eine aktive Bevölkerungspolitik soll helfen, die Existenz des Staates Israel zu sichern.

Auf der anderen Seite war die deutsche Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe bis in die 90 er Jahre v.a. aus historischen Gründen von Tabus geprägt. Das Euthanasiekonzept wurde von den Nationalsozialisten als Rechtfertigung für die Tötung von geistig und körperlich beeinträchtigten Menschen missbraucht und die Debatte in Deutschland ist bis heute von diesen zu verabscheuenden Taten geprägt.

Das Anliegen dieser Fachtagung ist es, den besonderen Kontexten in der deutschen und israelischen Debatte zur Biomedizin intensiv nachzugehen.

Dabei wollen wir insbesondere nach dem Einfluss von Religion und Kultur fragen.

Religiöse und kulturelle Prägungen berühren ganz grundlegend unsere Vorstellungen von Leben und

Tod, von Gesundheit und Krankheit, von Autonomie und Fürsorge.

Sie haben sowohl einen Einfluss auf das Umfeld medizinischer Forschung als auch auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme medizinischer Techniken selbst.

Im Mittelpunkt der Tagung soll zum einen die Frage stehen, wie Religion und Kultur den Inhalt von zentralen Begriffen wie der Menschenwürde oder dem Status des Embryos beeinflussen, Darüber hinaus jedoch wollen wir ganz grundsätzlich analysieren, welches Gewicht eigentlich religiöse Vorstellungen und kulturelle Deutungen heute in der öffentlichen und fachlichen Debatte in Deutschland und Israel haben.

Wie sie im Programm sehen ist die Tagung so aufgebaut, dass heute die Diskussion zum Beginn des Lebens und morgen die Diskussion zum Ende des Lebens im Focus steht.

Neben den Einführungen wird es jeweils drei thematische Vorträge aus israelischer oder deutscher Sicht geben– eine religiöse, eine soziokulturelle und (bio)ethische Perspektive.

Die Sicht des jeweils zweiten Landes wollen wir nach den Referaten im Gespräch mit Ihnen als Teilnehmern und Referenten erarbeiten.

Ich wünsche uns eine erkenntnisreiche Tagung und freue mich auf unseren Austausch. 

I Leben geben – Ethische, religiöse und soziokulturelle Aspekte der Reproduktion

Medizinische Möglichkeiten am Beginn des Lebens – eine Einführung in den deutsch-israelischen Dialog

Von Prof. Dr. Silke Schicktanz, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

»Andere Länder – Andere Leiden« – so lautet der Titel eines Buches der Anthropologin und Journalistin Lynn Payer. Sie untersucht darin die Schulmedizin in Deutschland, Frankreich, England und Amerika. Sie schildert ihre eigenen Erfahrungen, wie unterschiedlich man als Patient in diesen Ländern behandelt wird. Dabei versucht sie systematisch die Frage zu klären, warum eigentlich diese medizinpraktischen Unterschiede bestehen, obwohl wir davon ausgehen, dass die betreffenden Gesellschaften den gleichen Werthorizont haben. Sie beendet ihre Untersuchung mit einer Hypothese, die auch für uns leitend sein kann: Dass die Medizin sich auf der Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses aufgrund des kulturell-historischen Kontextes lokal stark unterscheidet und gerade hier selten ein geteilter Werthorizont besteht. Die Frage, die sich für uns heute daraus ableiten lässt, wäre also: Andere Länder – andere Bioethik?

Nun kann man fragen, was die Rolle der Bioethik in modernen Gesellschaften überhaupt sei. Zumindest in Deutschland wird die Bioethik als Fachdisziplin zunehmend einer Kritik unterzogen. So wird zum einen Bioethik als Akzeptanzbeschaffung kritisiert. Zum anderen wird problematisiert, dass die Bioethik als notwendige soziale Kontrollfunktion immer zu spät kommt, d.h. die Praxis ist schon weit voraus. Die dritte Perspektive sieht Bioethik selbst als Wissenschaft. Dies bedeutet, dass sie als Wissenschaft ihre eigenen Prämissen kritisch prüfen muss und versuchen sollte, kohärente Argumentationen herauszuarbeiten. Für uns als BioethikerInnen in unterschiedlichen Ländern bedeutet dies, dass wir uns darüber klar werden müssen, was eigentlich unser eigener kultureller Kontext ist. Wir können also sehr viel von den Ethnologen und Anthropologen lernen,

weil der Blick auf die andere Kultur uns sehr viel über unsere eigene Kultur verrät.

Im konkreten Fall wollen wir hier fragen: Wie spiegeln sich Kultur und Religion als besondere Faktoren in der bioethischen Debatte wider? Dabei sind ganz verschiedene Kulturfaktoren zu nennen: Sprache, Geschichte, Religion auf der einen Seite, Naturwissenschaft, geisteswissenschaftliche Forschung oder die Theologie auf der anderen Seite. Auch die Bedeutung einer Expertenkultur und schließlich einer Entscheidungskultur sind hier zu nennen. Haben wir beispielsweise eine technokratische Herangehensweise oder setzen wir auf deliberative Vorgehensweisen? Vertreten wir eher ein liberales Bild, das sehr subjektzentriert ist, oder ein kommunitaristisches, bei dem der Wert des Kollektivs im Mittelpunkt steht?

Und schließlich ist der Kernpunkt der Medizin zu befragen: Wie wird das Leiden gedeutet? Welche Rolle spielt die Wahrnehmung von Körperlichkeit? Wo liegt überhaupt das Potenzial, dass der Mensch sich verändern kann, und vielleicht auch verändern will?

Wenden wir den Blick dem Anfang des Lebens zu, dem Thema des ersten Teils unserer Tagung, dann zeigt sich, dass dies eigentlich kein neues Thema ethischer Kontroversen ist. Schon der Verweis auf den Hippokratischen Eid macht deutlich, dass Schwangerschaftsabbruch als ein »klassisches« Thema der Medizinethik gilt. Dabei standen jedoch lange die individuellen Pflichten des Arztes gegenüber der individuellen Patientin im Vordergrund. Heute verstehen wir Bioethik auch als eine soziale Angelegenheit. Als Gesellschaft als Ganzes wollen wir klären, was erlaubt und was verboten sein soll.

Beginnen wir mit einer ganz kurzen Bestandsaufnahme der Fragen, die sich am Lebensanfang entwickelt haben. Zum einen stellte sich die Frage, ob wir Geburten kontrollieren dürfen, z.B. durch Verhütungsmittel. Gerade die Erfindung und Einführung der Pille in den sechziger Jahren stellt ein zentrales biomedizinisches Konzept dar,

das die Möglichkeit bot, Sexualität und Fortpflanzung zu entkoppeln. Als Zweites stellt sich die Frage, ob wir begonnene Schwangerschaften abbrechen dürfen. Hier müssen wir uns heute daran erinnern, dass wir an eine öffentliche Debatte anschließen, die in den siebziger Jahren geführt wurde, nämlich die Forderung nach einer Liberalisierung bezüglich des Schwangerschaftsabbruches. Häufig hat man sich dort auf das individuelle Recht berufen, selbst zu entscheiden, was mit dem eigenen Körper geschehen soll. Die dritte Entwicklung ist gewissermaßen gegenläufig: Wir können inzwischen Reproduktion abkoppeln von Sexualität, insbesondere durch die In-vitro-Fertilisation. 1978 wurde das erste In-vitro-gezeugte Baby, Louisa Brown, geboren. Seitdem hat diese Technik in sehr vielen Ländern Einzug gehalten. Die zunehmende Nutzung von pränatalen genetischen Tests hat schließlich auch in Deutschland innerhalb des letzten Jahrzehnts einen rasanten Anstieg erfahren. Und nun stehen wir bei der Präimplantationsdiagnostik vor der Frage: »Was ist normal, was ist nicht normal, was ist gesund, was ist pathologisch?« Im Licht der Forschung um die embryonalen Stammzellen wird neu darüber diskutiert, was mit dem Embryo geschehen darf, wenn er sich eben nicht im Kontext der Fortpflanzung befindet, sondern wenn es eigentlich um den potenziellen therapeutischen Nutzen für Dritte geht.

Ganz allgemein gilt Israel als eines der liberalsten Länder in all diesen Fragen, zudem ist es weltweit führend im Bereich der Biotechnologie und der Forschung an embryonalen Stammzellen. Deutschland hingegen wird als sehr konservativ und streng reguliert wahrgenommen.

Ich habe hier nur einige Beispiele genannt, um darauf zu verweisen, worauf die folgenden Referenten aus Deutschland und Israel eingehen werden. Die von mir angeführten ethischen Fragen sollen deutlich machen, dass uns insbesondere interessieren wird, wie verschiedene Einflussfaktoren, nämlich Religion, Kultur und Politik, notwendigerweise analysiert werden müssen, um die Hintergründe in den bioethischen Debatten unterschiedlicher Länder besser zu verstehen.

Ich möchte dafür plädieren, dass Bioethik als ein Forschungsprogramm verstanden wird, welches nicht sofort ethische Lösungen bereithält, sondern gerade auch die Identifizierung bioethischer Probleme in den Vordergrund stellt: Was sind überhaupt die relevanten ethischen Werte? Wie verhalten sie sich zueinander in einem kohärenten Argumentationssystem? Am Schluss eines solchen Prozesses wird man zu einer tragfähigen Schlussfolgerung kommen. Aber vielleicht müssen wir auch lernen zu akzeptieren, dass die Bioethik nicht allzu schnell Lösungen anbietet, sondern dass sie zumindest dazu beiträgt, die Argumente, die notwendig sind, überhaupt auf den Tisch zu bringen und auszutauschen. In dieser Funktion sehe ich diese Tagung, die wir hier gemeinsam durchführen wollen. Darauf freue ich mich.

Literatur:

- Duden, Barbara 1991: *Der Frauenleib als öffentlicher Ort*. Hamburg & Zürich. Luchterhand.
- Eder, Franz X. 2002: *Kultur der Begierde. Eine Geschichte der Sexualität*. München, Verlag CH Beck.
- Hauser-Schäublin, Brigitta, Vera Kalitzkus, et al. 2001: *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt a.M. New York, Campus.
- Keller, Martina 2007: Alles, was geht? *Die Zeit*, Nr. 37.
- Krones, Tanja et al. 2005: Public, expert and patients' opinions on preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Germany. *Reprod Biomed Online*. Jan ;10 (1): 116-1123.
- Payer, Lynn 1993: *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Pethes Nicolas und Schick Tanz, Silke (Hrsg.) 2008: *Sexualität als Experiment? Identität, Lust und Reproduktion zwischen Science und Fiction*. Frankfurt a.M. / New York: Campus.
- Remennick, Larissa 2006: »The quest for the perfect baby: why do Israeli women seek prenatal genetic testing?« *Sociology of Health & Illness* 28(1): 21-53.
- Revel, Michel 2003: »Human reproductive cloning, embryo stem cells and germline gene intervention: an Israeli perspective.« *Medicine and Law* 22: 701-732.
- Schick Tanz, Silke 2007: *Why the way we consider the body matters. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2:30.

The Beginning of Life – Some Jewish Reflections

Rabbi Prof. Dr. Abraham Steinberg, Pädiatrische Neurologie, Shaarei Zedek Medical Center; Leiter des Zentrums für Medizinethik, Hebrew University, Hadassa Medical School, Jerusalem

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

The moral status of an embryo and a pre-embryo

From time immemorial, scientists and philosophers have argued about when life begins. From a pure scientific viewpoint it is impossible to answer this query. In fact, it is impossible to define scientifically the very term »life«. Indeed, the definition of life and of the beginning of life involves religious, ethical, legal and social considerations.

Similarly, from time immemorial scientists and philosophers have debated the status of the embryo/fetus. There has been, and continues to be a great dispute as to whether or not an embryo has an independent claim for life and/or whether or not he possesses a status of an independent person.

a) Some scholars have opined positively to this query but they differ as to the stage of the fetal development at which the fetus has its own rights and personhood:

b) Some scholars believe that the fetus is never considered as an independent human being, and he has no independent claim for life.

c) Yet other scholars opine that the fetus does not possess self and independent moral rights but it has a relative claim for life and for rights based upon its eventual personhood in that it is a potential human being while in utero. According to this view, the closer to birth the fetus is, the closer to personhood it can be considered and the greater justification it has to be accorded rights¹.

The philosophical argument about when »personhood« endows someone with rights is, thus, an unresolvable issue. It varies according to one's religious, cultural and social beliefs²⁻³.

Another moral issue pertains to the question whether or not there is a moral distinction between an embryo that is already implanted and developing in utero compared with a pre-embryo in a test tube after an in-vitro fertilization is performed.

Jewish perspectives

The fundamental Jewish position toward the status of an embryo/fetus is based upon the assumption of a **progressive acquisition of a human status**. The gametes, the zygote, the blastocyst, the early organogenesis, and the progressive physical development and viability of the pre-embryo/ embryo/ fetus all indicate and express a progressively growing potential for human life and existence. The biological progression of the fetal development also reflects a moral and legal progression of rights and dignity. Hence, these various stages of biological development merit a progressively growing respect, dignity and rights. The changing moral status of the developing embryo/fetus can be, and in fact should be, balanced and weighted against other moral values and rights. Full, complete and unrestricted rights as a human being are achieved only after childbirth.

Moreover, Judaism sharply distinguishes and differentiates between pre-implanted embryos and those who are already implanted in-utero, as shall be discussed below.

Ensoulment

The Talmudic Sages, as well as some subsequent Jewish scholars, have debated the theological and meta-physical question whether or not a fetus acquires a soul, and if he does – at what stage of its development does this occur. The Talmud quotes the following dispute:

Antoninus said to Rabbi Judah the Prince: »when is the soul placed in man, as soon as it is decreed that it shall be male or female or when the fetus is actually formed?« He replied: »from the moment of formation«. He objected:

»can a piece of meat be unsalted for three days without becoming putrid? But it must be from the moment that God decrees its destiny«. Rabbi Judah the Prince said: »This thing Antoninus taught me and Scripture supports him«⁴.

The theological question of the timing of ensoulment has not, and cannot be resolved by Jewish practical, legal mechanisms; this question is beyond human ability to solve.

Nonetheless, these theological and legal debates have an insignificant impact on the application of Jewish law concerning the rights appropriated to the different stages of fetal development. Whether or not ensoulment occurs at fertilization, conception or formation of the fetus, and whether or not the fetus is or is not an appendage of the mother is irrelevant to the issue of rights and claim for life for the following considerations:

On the one hand, the developing human being from the gamet to the newborn deserves respect and dignity and should not be emitted and/or destroyed for naught. On the other hand, in face of conflicting values and rights the decisions will shift for or against the rights of the fetus depending on the fetal stage of development and on the moral-legal weight of the opposing values and rights, as will be shown below.

Jewish-legal position regarding stages of embryonic development

Several stages of the human fetal development have particular significance in Jewish law and philosophy. These are: semen, pre-embryo (i.e., a pre-implanted fertilized ovum), embryo in-utero up to 40 days, embryo/fetus in-utero from 41 days on, and a newborn.

SEMEN

Jewish theology attributes respect to semen as a human part and as a potential for future life, but does not regard it as life. The Jewish legal consequence of this position is a clear and unqualified prohibition of improper emission of semen, including masturbation.

Expending semen for naught is considered a very serious offense in Judaism⁵. He who expends semen for naught is as if he shed blood by

destroying a soul⁶, because every drop is capable of producing human beings.

PRE-IMPLANTATION EMBRYO

This entity deserves dignity and respect as a human part and as a potential for future life, but it is not considered as life. The potential for future life of this entity is still very low and very remote. It also requires further unnatural human intervention in order to continue its existence and to enable it to become a human being. Hence, this entity has no humanhood status.

One of the basic sources for the Jewish position designating an inherent different legal and moral status to a pre-implanted embryo as compared with an in-utero embryo is the following:

The Bible states »*One who spills the blood of a human in a human, his blood shall be spilled*«⁷. This verse teaches us that the prohibition of murder applies exclusively to a human formed within another human, i.e., a fetus within its mother's womb⁸. Hence, a pre-implanted fertilized ovum does not have the status of a human being regarding the prohibition of murder.

Pre-implanted zygotes or blastocytes, as such, are entitled to full protection and dignity. However, when these rights come into conflict with other values one ought to weigh the relevant merits and rights and balance between them.

One of the consequences of such a balance is the permission to perform a pre-implantation genetic diagnosis (PGD) and to discard defective pre-embryos. The potential damage of giving birth to a seriously defective child overrides the minimal dignity that the zygote deserves and the remote potential of life of a pre-implanted fertilized egg.

Another consequence of current importance is the permission to derive stem cells from superfluous frozen fertilized eggs in order to advance potential cures for many people with chronic, debilitating, fatal, degenerative disorders. The ethical dilemmas concerning stem cell research are currently intensely and passionately debated in all western countries, and it is beyond the scope of this article to discuss all its ramifications in depth from a Jewish point of view. Suffice it to say that the balance between the enormous potential benefit of life-saving derived from stem cells outweighs the responsibility of dignity towards the fertilized egg.

EMBRYO IN-UTERO – FIRST 40 DAYS

According to the Talmud, until forty days post conception, the fetus is »mere fluid«⁹. Current obstetrical calculation of the gestational period starts from the first day of the last menstrual period. Since the Talmudic Sages calculated the gestational period from conception, this »forty day« stage is at the end of the seventh week of pregnancy according to current obstetrical terminology.

This stage *per se* does not yet constitute a status of a human being. Hence, all Rabbinic authorities agree that if a woman miscarried within forty days of conception, the laws of uncleanness of childbirth do not apply to her, because the aborted embryo at that stage is not considered a human being¹⁰.

However, since the embryo at this stage is already implanted in the womb its potential for becoming a human being is a natural process. Nonetheless, this is still a remote possibility. These two sides of the coin have generated a debate amongst the Rabbinic authorities concerning a deliberate cessation of the embryo's existence. Some Rabbis assert that up to forty days one can be very lenient in regard to abortion and it is not forbidden to abort a fetus at that stage, or at least it is an additional reason to permit the abortion when other reasons exist¹¹. Other Rabbis, however, state that it is biblically prohibited to abort any fetus, even prior to forty days, just like it is prohibited after forty days¹².

EMBRYO IN-UTERO – AFTER 40 DAYS

At this stage, the potential of becoming a full and complete human being is getting greater and closer. Hence, a negative attitude toward abortion is expressed unanimously among the rabbinic decisors and commentators. Nearly all agree that some type of prohibition is involved in the performance of an abortion. However, there are

differing views as to the nature of the prohibition, its seriousness, the reason for the prohibition, and the conditions under which abortion may be considered. It is beyond the scope of this article to discuss in-depth all the aspects of abortion according to Jewish law.

Many of the current authoritative Rabbis consider abortion as a moral and theological form of murder, though all agree that the fetus still has no full claim for life at this stage. Hence, on the one hand, it is strictly forbidden to abort a fetus, but on the other hand, the life of the mother takes precedence over the life of the fetus, so that if the mother's life or health is seriously threatened by the continuation of the pregnancy than abortion is not only permissible but actually required. Also, no capital punishment is administered upon the transgressor, as would have been the case if one murders an existing human being out of the womb.

Anmerkungen:

¹ These views are summarized by C. Strong and G.D. Anderson, In: M.R. Gillon (edit.), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, 1994, pp. 587 to 600.

² M. Lockwood, *Bioethics* 2:187, 1988.

³ H.T. Englehardt, *J Med Philo* 18:419, 1993.

⁴ Babylonian Talmud, Tractate Sanhedrin 91b.

⁵ Maimonides' *Mishneh Torah*, Issurei Biyah 21:18; Shulchan Aruch, Even Haezer 23:2.

⁶ Babylonian Talmud, Tractate Niddah 13a; Maimonides' *Mishneh Torah*, Issurei Biyah 21:18; Shulchan Aruch, Even Haezer 23:3.

⁷ Genesis 9:6.

⁸ Babylonian Talmud, Tractate Sanhedrin 67b.

⁹ Babylonian Talmud, Tractate Yebamot 69b; Maimonides' *Mishneh Torah*, Terumot 8:3 and Issurei Biyah 10:1.

¹⁰ Babylonian Talmud, Tractate Niddah 30a; Maimonides' *Mishneh Torah*, Issurei Biyah 10:2; Shulchan Aruch, Yoreh Deah 194:2.

¹¹ Responsa Chavat Yair #31; Responsa Seridei Aish, Part 3 #127; Responsa Tzitz Eliezer, Part 7 #48:1:8.

¹² Rabbi I. Y. Unterman, Noam 6:1-11, 5723 (1963); Responsa Igrot Moshe, Choshen Mishpat, Part 2 #69.



Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Abraham Steinberg

Simone Ehm: Die Aussage »Seid fruchtbar und mehret euch« steht in der Bibel, wird aber, so wie ich es sehe, aus jüdischer und christlicher Perspektive sehr unterschiedlich aufgenommen. Während in Israel alles getan wird, um gesunde Nachkommen zu zeugen, geht die theologische Debatte in Deutschland auch in die Richtung, dass man versucht, Frauen den Druck zu nehmen, Kinder auf die Welt bringen zu müssen. Es gibt eine ganz schöne Aussage von Bischöfin Käsmann vom letzten Kirchentag:

»Ja, ich wünsche mir eine kinderfreundliche Gesellschaft, aber nirgends sieht die Bibel Fortpflanzung als einzigen Lebenszweck an, ja, sie ist wichtig, als das Volk Israel um seine Existenz ringen musste, aber Jesus war kinderlos und die Jüngerinnen und Jünger waren es offenbar meist auch.«

Chayim Schell-Apacik: Ich denke, es gibt hier eine Vermischung von verschiedenen Dingen. Thora oder Theologie bedeutet ja nicht nur Bibel zu lesen, sondern auch die Auslegungen der Bibel, die Erwähnungen im Talmud usw. und auch in den Kommentaren. Und da sieht man, die Halacha ändert sich, das ist nichts, was feststeht.

Ich hätte einige Anmerkungen und Fragen. Sie haben gesagt, dass Männer sich bei Krebs für eine Testikelbiopsie entscheiden können, insbesondere, wenn es ein Testikelkrebs ist. Aber ich kann nicht sehen, warum eine Rückenmarksverletzung eine Indikation für eine Testikelbiopsie wäre, denn die Testikel sind ja hier nicht betroffen.

Abraham Steinberg: Was bei Rückenmarksverletzungen passiert, ist, dass nach etwa 24 Stunden keine Erektion mehr möglich sein wird. Mechanisch ist dieser Mensch unfruchtbar. Um seine zukünftige Fruchtbarkeit zu behalten, gibt es nur die eine Möglichkeit, Spermien zu gewinnen, solange er noch fruchtbar ist.

Chayim Schell-Apacik: Okay, aber heutzutage kann man ja eine Biopsie der Testikel machen, und das kann man auch zu späteren Zeitpunkten durchführen.

Ich sehe nicht unbedingt die Notwendigkeit für ein jüdisches Paar, Kinder zu bekommen, wenn es Probleme gibt. Es gibt noch eine andere jüdische Tradition, die sagt, Adoption ist, als ob man ein eigenes Kind hätte.

Abraham Steinberg: Das ist wahr. Es gibt keine Pflicht für die Verwendung dieser Technologien. Der Gott, nach dem jüdischen Gesetz, schaut nicht nach künstlichen Lösungen. Wir suchen nicht nach Technologien, aber wenn Sie ein Kind möchten, und Sie möchten diese Technologie dafür verwenden, dann ist es zulässig, diese zu nutzen.

Chayim Schell-Apacik: Und ich habe noch einen Kommentar: Es ist in Deutschland rechtlich verboten, eine Präimplantationsdiagnostik an einer befruchteten Eizelle durchzuführen, aber es gibt eine andere Möglichkeit. Man kann Polkörper bekommen und mit diesen Tests durchführen. Das ist zulässig, auch zur Diagnose der Tay-Sachs-Krankheit.

Abraham Steinberg: Nicht alle Krankheiten können so diagnostiziert werden. Es gibt diese Möglichkeit und wenn das für alle akzeptabel ist, ist das natürlich möglich, aber aus jüdischer Sichtweise kann man auch beim nächsten Schritt beginnen.

Simone Ehm: Ich denke es ist wichtig festzustellen, dass es ‚die christliche Position‘ genauso wenig gibt wie ‚die jüdische Position‘. Wir haben ein breites Spektrum an kirchlichen Positionen ebenso wie ein noch breiteres Spektrum im Bereich der evangelischen Ethik. Was mir besonders wichtig scheint ist der Punkt »Status des Embryos«. Die Halacha betrachtet den Embryo im Mutterleib grundsätzlich als schützenswert, der Fötus erlangt aber erst dann Personenstatus, wenn ein Großteil des Kindes geboren ist. Bis zum 40. Tag nach der Befruchtung wird dem Embryo in mehreren Talmudstellen ein geringerer Status zugesprochen und der Prä-Embryo besitzt vor der Implantation in den Uterus einen Sonderstatus. Ich beziehe mich jetzt mal, was die deutsche Debatte betrifft, auf offizielle kirchliche Verlautbarungen. Da gibt es im Moment zwei Positionen zum Status des Embryos. Die eine Position betont, dass mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle von der Entwicklung des Menschen auszugehen ist, und die andere betont die Bedeutung von Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Positionen zur Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik sind von wesentlich mehr Zurückhaltung und Vorsicht geprägt. Im Vordergrund steht hier die Perspektive, dass behindertes Leben Wert und Würde hat und dass auch unvorhergesehene Ereignisse, wie die Ge-

burt eines behinderten Kindes, dem Leben positiven Sinn und positive Lebensperspektiven geben können. Ein weiteres Argument in der theologischen Debatte in Deutschland ist das so genannte »Damm-Bruch-Argument«. Es wird aus sozialetischer Perspektive sehr viel drüber nachgedacht, was es eigentlich bedeutet für die Existenz von behinderten Menschen, wenn wir durch die Pränataldiagnostik und die Präimplantationsdiagnostik eine Selektion von »lebenswertem« und »unlebenswertem« Leben, so die Terminologie, vornehmen.

Gabriele Weiß: Ich möchte einen Aspekt einbringen, der mir bisher völlig gefehlt hat, nämlich den Beziehungsaspekt. Für Eltern hat das heranwachsende Leben im Mutterleib Kindesstatus und Personenstatus. Der beginnt in der Zuwendung zu dem Kind, der Planung, ja, der eigentlich schon anfängt mit dem Wunsch, wir wollen ein Kind haben. Ich bestatte Föten, alle zwei Monate, so ab der achten Schwangerschaftswoche. Hier wird dieser Beziehungsaspekt deutlich, wenn dieses Angebot von den Eltern als wertschätzend und würdevoll angenommen wird. Das Kind bekommt seinen Teil in der Familie, unabhängig vom Entwicklungsstadium im Mutterleib.

Simone Ehm: Konkrete Frage an Herrn Steinberg: Welche Rolle spielt der Beziehungsaspekt in der jüdischen Ethik, in der Reproduktionsmedizin?

Abraham Steinberg: Eine Mutter, die eine starke Beziehung zum sich entwickelnden Fötus hat, wird sicher keine Abtreibung wollen. Wir reden ja gerade über dieses Thema, weil diese Beziehung manchmal nicht da ist, wenn es z.B. durch Vergewaltigung zur Schwangerschaft kommt, oder zufällige Schwangerschaften, die nicht gewollt waren. Wenn man denkt der Fötus wäre ein Kind oder ein menschliches Wesen, wäre dieser Abbruch nicht zulässig. Wenn es so ist, wie die Nicht-Religiösen denken, dass es eben die Entscheidung der Mutter ist, ob sie die Schwangerschaft weiterführen will oder nicht, sollte ein Schwangerschaftsabbruch zulässig sein. Wenn Sie argumentieren: Weil einige Frauen diese Beziehung haben, deswegen müssen alle diese Beziehung haben, dann weiß ich nicht, ob das überzeugt. Wenn Sie aber argumentieren, dass die Existenz dieser Beziehung ein Zeichen dafür ist, dass der Fötus ein wichtiger Teil der Menschheit ist und man das Kind schützen sollte, auch wenn die Frau es nicht haben möchte, dann ist das auch Teil unserer Debatte hier.

Gerald Hartung: Mich hat an Ihrem Vortrag sehr fasziniert, dass Sie den Gedanken der Schöpfung und der Progression in den Mittelpunkt gestellt haben. Und es gibt möglicherweise eine Differenz in der philosophisch-theologischen Tradition, die Sie dargestellt haben und der, die das Christentum geprägt hat: die Begegnung mit der aristotelischen Naturphilosophie, mit der Substanzenontologie. Das ist ein prägendes Moment gewesen, was aus meiner Sicht innerhalb der christlichen Theologie ein Vorbehalt ist, um sich einer Vorstellung von Schöpfung als Entwicklung und Progression zu nähern. Substanzen, die sich miteinander verbinden, setzen einen absoluten Anfang. Ist es tatsächlich in der jüdischen Religionstradition so, dass Sie diese Vorstellung von Substanz nicht auch als Grenzmarke der Diskussion haben. Sie haben gesagt, der Anfang des Lebens ist ein Prozessmoment. Das ist ein sehr radikaler Gedanke.

Abraham Steinberg: Was ich sagte, ist, dass aus einer allgemeinen jüdischen Sichtweise die Akzeptanz von Innovationen, die sinnvoll sind für den Menschen, etwas ist, was wir befürworten, was wir fördern, vielleicht auch so sehen, dass es getan werden muss.

Wir wurden mit Intelligenz ausgestattet. Wir können Partner von Gott sein im Sinne des Fortschritts der Menschheit. Das ist die Basis unserer Ansichten insgesamt. Aber wenn das, was wir verbessern, entweder gegen die halachische Diktion ist, oder wenn dies am Ende so aussieht, dass es mehr Schaden als Vorteile erwirkt, dann sind wir begrenzt in unserer Mission, das sollen wir dann nicht tun. Und wenn man jetzt den Beginn des Lebens mit der Befruchtung definiert – diesen Beginn des Lebens zu zerstören ist dann natürlich genauso schlimm wie das Leben zu zerstören. Und hier haben wir eben eine laufende Debatte innerhalb der Religionen: Wie genau definieren wir den Beginn des Lebens? Meiner Meinung nach ist die Definition des Beginns des Lebens im jüdischen Gedanken kein einziger Moment, sondern mehr ein Prozess.

Was wichtiger für unsere Debatte ist, dass der Beginn des Lebens innerhalb des Mutterleibes passieren muss, nicht außerhalb. Aber zu Grunde liegt hier wirklich eine Definition, das ist keine philosophische Frage, das ist einfach eine gesetzliche Definition: Ist das schon ein Kind, oder noch nicht, ein Wesen oder noch nicht? Ist die Tatsache, ob es in oder außerhalb des Mutterleibes ist, von Bedeutung oder nicht? Ich kann nicht sagen, ich habe Recht, oder Sie haben mehr Recht als ich,

sondern es gibt nur Ansichten. Aber sobald wir es auf die eine oder andere Weise definiert haben, müssen die Konsequenzen daraus logisch sein.

Jonathan Eggers: Wie hat denn das Gericht entschieden, in dem Fall, von dem Sie gesprochen haben?

Abraham Steinberg: Das war folgender Fall: Das Paar hat begonnen als ein Liebespaar, die Frau war schon etwas älter und sie hatte keine Gebärmutter, sie hätte also ihr eigenes Ei nutzen können und das Sperma des Mannes. Aber weil sie keine Gebärmutter hatte, brauchten sie eine Leihmutter. Das befruchtete Ei war eingefroren und nach der Trennung hat der Mann gesagt: Ich will kein Kind von der Frau, die ich hasse. Die Frau hat hingegen gesagt: Wenn ich dieses befruchtete Ei nicht austragen lasse, dann habe ich gar keine Chance, ein Kind zu bekommen. Es gab einen Prozess über drei Instanzen. In dritter Instanz wurde schließlich entschieden, dass die Mutter Recht hat. Eine Leihmutter wurde dann auch bewilligt. Das Gesetz, das dann verabschiedet wurde, hat sich nicht detailliert mit dieser speziellen Frage beschäftigt. Wenn so ein Fall wieder aktuell würde, gäbe es wieder eine Diskussion dazu..

Carmel Shalev: Das Gericht hat nicht entschieden auf der Grundlage von jüdischem Recht, sondern auf der Grundlage von israelischem Recht. Professor Steinberg hat das Ganze dargestellt, als wäre die Frage, wer das Ei besitzt. Das war nicht die rechtliche Frage beim obersten Gericht. Die Frage war, ob das Recht auf Mutterschaft größer sei als das Recht auf Vaterschaft. Und das Recht auf Mutterschaft wurde höher eingestuft.

Jechezkel Singer: Eine Frage zu dem Embryostatus. Mich interessieren diese 40 Tage, das finde ich einen sehr wichtigen Zeitpunkt. Wie steht die jüdische Religion dazu, warum gerade 40 Tage?

Abraham Steinberg: Die Annahme ist, dass bis zu 40 Tagen keine Form eines menschlichen Wesens besteht. Dies ist eine Berechnung ausgehend vom Tag der Empfängnis. Nach modernen gynäkologischen Gesichtspunkten geht man von der letzten Periode aus. Das sind insgesamt 56 Tage, da werden noch mal zwei Wochen hinzugefügt. Also diese 56 Tage, die wir dann hätten, werden als prä-formierende Zeit für ein Wesen betrachtet. Und das stimmt: Es braucht genauso viele Tage zur Bildung von Knochen, zur Ossifikation, zur Gestaltung einer Einheit, die anfängt, einem menschlichen Wesen ähnlich zu sein. Und das ist

halachische Realität. Wenn man innerhalb von diesem Zeitraum die Schwangerschaft feststellen und die genetischen Krankheiten innerhalb von diesem Zeitraum bestimmen kann, dann könnte Schwangerschaftsabbruch leichter gestattbar sein als zu einem späteren Zeitpunkt. Aber bis die Frau weiß, dass sie schwanger ist, ist ja der ganze Zeitraum schon fast verstrichen. Die Frau wartet auf die nächste Regel, die kommt nicht, vielleicht ist sie ein bisschen spät, vielleicht lässt sie sich untersuchen und dann ist dieser Zeitraum schon vergangen. Und die Tests hätte man eher machen müssen, um die Ergebnisse zu bekommen.

Claudia Wiesemann: Ich möchte gerne noch mal nach dem Konzept von Elternschaft fragen und vor allem nach dem Konzept von geteilter Elternschaft. Also, wenn es verschiedene Eltern-Versionen gibt, die genetischen Eltern, die »gestational mother« und die Eltern, die das Kind sozial versorgen. In Europa gibt es auch eine große Diskussion zurzeit, wie Elternschaft verstanden werden soll in dem Bereich: Ob z.B. anonyme Samenspende eine vertretbare Vorgehensweise ist oder nicht. Und ich hätte gerne jetzt noch mal genauer gewusst, wie hier in diesem Fall die jüdische Position, wie vielleicht auch die Position des Staates Israel ist. Ist es vertretbar, dass so ein Kind mehr als zwei Eltern hat? Und wie wird das dann praktisch gelöst?

Abraham Steinberg: Wenn wir wissen, wer der Sperma-Spender ist, dann ist er der Vater.

Was die Mutter betrifft: Wenn man zwischen der Spenderin des Eis und der Spenderin des Mutterleibes unterscheidet, da kann man verschiedene Mütter sehen. Das israelische Gesetz hat beschlossen, diese Definition nicht zu nutzen. Es wurde etwas Neues definiert. Das ist eine Leihmutter, die das Baby an die Eltern zurückgibt, die das Kind wollen. Die genetischen Eltern sind nicht unbedingt die aufziehenden Eltern. Das Paar, von dem wir vorher sprachen, die Frau, die eine Hysterektomie hatte, sie hat das Ei beige-steuert, der Vater hat das Sperma beigegeben. Und das Ei wurde dann einer Leihmutter übergeben und hierbei sind die Eltern dann die Eltern, ohne die Frage zu behandeln, ob die Leihmutter nach ganz strenger Definition auch Mutter ist. Das ist eine höhere Ebene als die Adoption.

Wenn man von einem anonymen Spender spricht, dann ist das so, dass das vom halachischen Standpunkt aus, und auch vom sozialen Standpunkt aus, bedeutsame Probleme schafft. Bis vor wenigen Jahren konnte jeder soviel Samen spenden,

wie er damit Geld verdienen wollte. Er konnte 500, 600 Proben spenden und die konnten in der ganzen Welt verteilt sein. 500 Kinder, die genetisch seine sind. Auch vom halachischen Standpunkt aus sind das seine Kinder. Ein Mann und eine Frau werden geboren, diese treffen sich, heiraten und sie bekommen Kinder, das wäre dann eine inzestuöse Beziehung. Vom jüdischen Gesetz wird das sehr streng gesehen. Und deshalb ist eine anonyme Samenspende nicht akzeptabel, weil das wirklich zu ernsthaften sozialen und auch rechtlichen Problemen führen kann.

Claudia Wiesemann: Im deutschen Recht ist es so, dass ein Kind, das in eine Ehe hineingeboren wird, immer als das Kind des Ehemannes angesehen wird. Man kann das sozusagen als Vorherrschen des sozialen Prinzips ansehen. Also die soziale Elternschaft steht über der genetischen Elternschaft. Selbst wenn bekannt ist, dass das Kind von einem anderen Mann stammt, wird es vom Recht zunächst einmal als das Kind des Ehemannes angesehen. Er müsste diese Vaterschaft anfechten.

Abraham Steinberg: Wie Dr. Shalev erwähnte, Israel ist ein säkularer Staat, die Gesetze werden auf säkulare Art und Weise verabschiedet. Die Halacha hat einen Einfluss, aber das ist kein jüdisch-halachischer Staat, das ist ein jüdischer Rechtsstaat. Ich weiß nicht, wie das Gesetz in Israel eine Situation mit einem anonymen Spender definiert. Vielleicht ist das so wie in Deutschland. Wenn ein Kind also bei zwei Leuten aufwächst, die behaupten, es sind die Eltern, dann werden sie auch als Eltern betrachtet, solange bis es anderweitig bewiesen wird.

Lilian Marx-Stölting: Ich sehe ein großes Problem bei der Pränataldiagnose in der Selektion von Menschen nach Kriterien, die andere Menschen anlegen. In diesem Fall sind es genetische Kriterien. In diesem Kontext gibt es auch das Schiefe-Ebene-Argument: Wenn wir einmal anfangen, auszuwählen, wo hören wir auf? Die Technologie verbessert sich immer mehr und die genetischen Tests bieten immer mehr Möglichkeiten für komplexe Resultate. Wie wird dieses Problem gelöst im jüdischen Sinn? Sie erwähnten die Tay-Sachs-Krankheit, haben Sie eine Liste von Krankheiten? Werden da auch die Blonden und Blauäugigen usw., diese Eigenschaften untersucht?

Abraham Steinberg: Fangen wir mit der Auswahl an. Wir wählen die ganze Zeit aus: Wen wir heiraten, z.B. auf Grund der Tatsache, dass der zukünftige Ehemann aus einer kranken Familie

kommt. Wenn ich mich dann entscheide, ihn nicht zu heiraten, ist das legitim. Warum? Weil es sozial entschieden wird. Wenn es wissenschaftlich entschieden wird, warum sollte es dann falsch sein? Solange es gegen keine Prinzipien verstößt. Wenn wir denken, dass eine befruchtete Eizelle ein Mensch ist und man diesen töten würde, ist das verboten.

Lilian Marx-Stölting: Meinen Sie, dass Gott gedacht hat, dass es keine behinderten Menschen geben sollte?

Abraham Steinberg: Es wird immer eine Auswahl getroffen, ob es Behinderungen sind oder nicht. Die Auswahl an sich ist nicht etwas, was falsch ist, solange es nicht mit den ausgewählten, oder nicht ausgewählten Subjekten interferiert. Denn wenn ich farbige Menschen aussortiere, bloß weil sie farbig sind, dann ist das eine falsche Selektion.

Als jemand die Autos erfunden hat, hat er bestimmt gedacht, er tut der Menschheit Gutes, denn statt drei Stunden zu brauchen, um irgendwohin zu kommen, kann man sofort dort sein. Ich weiß nicht, wie die Situation in Deutschland ist, aber in Israel sind die Haupttodesursache Verkehrsunfälle. Und deswegen könnte man auch sagen, dass das Auto zu einer »schiefen Ebene« geführt hat und Auto fahren sollte vielleicht nicht erlaubt sein. Es gibt immer schlechte Seiten, die mit einer Entwicklung verbunden sind. Wenn man a priori weiß, dass der Schaden größer ist als das Gute, das man bewirkt, sollte man das Neue nicht einführen. Aber ich sehe nicht, warum die Präimplantationsdiagnostik für ernsthaft schwerwiegende Erkrankungen nicht verwendet werden soll. Jeder sollte, wenn es zulässig ist, seine eigene Entscheidung treffen können. Das Argument der schiefen Ebene ist schlimmer als die schiefe Ebene selbst. Denn wenn man dieses Argument immer benutzt, würde man überhaupt nie mehr etwas Neues einführen. Man muss auch der Menschheit vertrauen, eine bestimmte Entwicklung eindämmen oder kontrollieren zu können, sonst kommt man nirgendwohin.

Eine behinderte Person hat natürlich alle Rechte, und vielleicht auch mehr Rechte, als eine normale, gesunde Person, denn sie hat größere Bedürfnisse. Und aus diesem Grund sollten wir aber die Leiden, die mit Behinderungen verbunden sind, nicht fördern. Und die Frage ist, ob dieses Leiden als solches in der jüdischen Sicht etwas Gutes oder etwas Nützliches in der Welt ist, oder ob es

etwas ist, das leider stattfindet und das wir vermeiden sollten.

Zum Beispiel gibt es ja auch die Schmerzkontrolle bei der Geburt oder Schmerzbehandlung am Lebensende. Diese Schmerzen sind, auch wenn in der Bibel steht, dass man, wenn man Kinder kriegt, Schmerzen dabei haben sollte, etwas, was nicht angenehm ist. Und wenn man das vermeiden kann, ist es auch okay. Ob Gott das nun wollte oder nicht, darauf kann ich nicht antworten. Die Frage ist nur, wie man auf Behinderungen schaut. Behinderungen sind in der Welt, und man muss den behinderten Menschen helfen. Wenn man sie vermeiden kann, ist das bestimmt gut. Oder man entscheidet sich zu sagen, wir lassen der Natur freien Lauf, denn das ist das, was Gott will, und greift hier überhaupt nicht ein. Ich denke, wir können keine definitive Antwort hier finden.

Simone Ehm: Ihre Argumentation ist insoweit für eine christliche Position problematisch, als Sie schon voraussetzen, dass Behinderung und Leid zusammengehören. Eine christlich-theologische Position würde versuchen, zu differenzieren und noch mal nachzufragen, ob man bei bestimmten Behinderungen davon sprechen kann, dass hier ‚suffering‘ im Spiel ist. Ich denke an die lange Down-Syndrom-Diskussion, wo viele Eltern behinderter Kinder sagen: Nein, ich glaube, hier ist kein Leiden.

Chayim Schell-Apacik: Das wollte ich auch sagen. Down Syndrom würde ich nicht als Krankheit definieren. Aber Tay-Sachs ist eines der besten Beispiele. Diese Kinder leben mit Leiden und sterben einen schrecklichen Tod. Ich denke, kein Mensch würde etwas dagegen haben, dass man diese Leiden vermeiden kann. Das andere ist Down Syndrom. Diese Kinder zur Welt zu bringen ist ganz wichtig, denn sie helfen uns, die Welt auf andere Art und Weise zu sehen und das macht auch diese Welt zu einer besseren Welt.

Meine eigentliche Frage ist: Als Sie über Spermien-Spender und Elternschaft sprachen, war ganz klar, was Sie sagten. Ich nehme an, dass

Eizellen-Spenderinnen etwas schwieriger zu erklären sind. Als was wird die Eizellen-Spenderin überhaupt erachtet? Ist sie eine Mutter oder Nicht-Mutter, wenn eine Mutter nicht selbst ihre Eizellen befruchten lassen kann? Und wenn die Frau nicht jüdisch ist, wird das Kind als jüdisch angesehen?

Abraham Steinberg: Aus der Sicht einer Eizellen-, oder Gebärmutterspenderin gibt es eben zwei verschiedene Definitionen für Mutterschaft. Mutter, per Definition, ist eine Frau, die das Kind austrägt. Das ist die natürliche Art und Weise. Heute kann man das trennen, es gibt zwei Funktionen der Mutterschaft. Bei der Vaterschaft gibt es nur eine Funktion, deswegen sagte ich, dass das einfacher ist.

Nicht jede Behinderung bedeutet auch Leiden,. Auch beim Down-Syndrom gibt es verschiedene Ausprägungen, es gibt auch Down-Syndrom-Kranke, die vielleicht ein bisschen eingeschränkt sind in ihren mentalen Fähigkeiten, aber sie sind glücklich. Vielleicht sehen sie anders aus, und vielleicht schämen sich manche Eltern. Das ist das Problem der Eltern – die Kinder sind glücklich und haben keine Probleme. Aber es gibt auch Down-Syndrom-Kinder, die ganz schrecklich leiden, weil sie verschiedene Defekte haben können. Sie können auch schwierige Herzprobleme haben, die viele Operationen erfordern. Diese Art von Down-Betroffenen leiden wirklich. Es ist natürlich nicht einfach, im Uterus schon zu wissen, ob dieses Down-Syndrom so oder so aussehen wird, wenn das Kind geboren wird. Wenn wir wissen, dass es sich bei diesem Beispiel nur um die leichtere Form handelt, die wir jetzt benutzen, um hier den Unterschied klar zu machen, dann ist das ein gutes Argument.

Die Gehörlosengemeinde in den USA zum Beispiel verlangt sogar nach Präimplantationsdiagnose um gehörlose Kinder herbeizuführen. Ich würde nicht wollen, dass ich oder meine Kinder gehörlos sind. Aber ich höre und deswegen weiß ich nicht, wie es ist. Andere könnten auch wählen, absichtlich wählen, dass sie ein gehörloses Kind wollen. Das ist eine endlose Diskussion. 

Die Beziehungsethik und der moralische Status des Embryos im deutschen Recht¹

Von Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Schon 1990 verabschiedete der Deutsche Bundestag zur Regelung der In-vitro-Fertilisation ein Gesetz zum Schutz von Embryonen. Auch heute noch bestimmt dieses Gesetz die gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen über den Umgang mit frühen Formen menschlichen Lebens, wenngleich es inzwischen um Anwendungen geht, die nur noch indirekt als Auswirkung der Technik der In-vitro-Fertilisation angesehen werden können. Dazu zählen das therapeutische Klonen (von manchen auch als Forschungsklonen bezeichnet) und das reproduktive Klonen sowie die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen. Das Embryonenschutzgesetz gibt in § 8, Abs. 1 eine Definition des schützenswerten (menschlichen) Embryos, die mittlerweile auch für Debatten um die Zulässigkeit neuer Techniken herangezogen wird. Dort heißt es:

»Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.« (EschG §8, Abs.1)

Wenig überraschend wirft diese Formulierung, welche auf ein in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts vorherrschendes Problem gemünzt war, Fragen auf, wenn sie im Hinblick auf ganz andere, zum damaligen Zeitpunkt teilweise noch nicht einmal absehbare Techniken wie das Klonen oder die Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen interpretiert werden soll.

In den Auseinandersetzungen um dieses Thema kommt eine gewisse Ratlosigkeit zum Ausdruck, wie mit den verschiedenen Formen befruchteter oder anderweitig zur Reproduktion angeregter Keimzellen außerhalb des weiblichen Körpers umzugehen sei. Warum sollten wir diese Phase

nicht einfach dem menschlichen Forscherdrang überlassen? Warum sagt uns unsere Intuition, der Mensch bedürfe gerade an seinem Ursprung eines besonderen gesellschaftlichen Schutzes?

Der Weg, den der deutsche Gesetzgeber beschreitet, um diesen Schutz zu gewährleisten, ist allerdings problematisch. Allein die Auseinandersetzungen um den Totipotenzen-Begriff haben gezeigt, dass der Begriff der »Entwicklungsfähigkeit«, den das Gesetz verwendet, schillernd ist. Die Totipotenzen der Zellen, auf die sich das Gesetz stützt, kann in der Praxis beim Menschen nicht nachgewiesen werden.² Dazu müssten Entwicklungsversuche mit befruchteten menschlichen Eizellen durchgeführt werden. Diese verbieten sich jedoch von selbst, ja, sie zu unterbinden war sogar Intention des Gesetzes. Das ist eine Paradoxie.

Auch an einer weiteren Stelle der Definition des schützenswerten Embryos hat der Gesetzgeber eine problematische, wenn nicht gar irreführende Formulierung verwendet. Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes, so heißt es, »gilt ... jede einem Embryo entnommene Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.« Das hier verwendete substantivierte deutsche Verb »vorliegen« unterstellt, bei den »erforderlichen Voraussetzungen« handle es sich um rein materiale Gegebenheiten wie Nährlösung oder Umgebungstemperatur. Tatsächlich müssen sich komplexe soziale Prozesse ereignen, die auf den Entscheidungen und Handlungen von Menschen beruhen. Ohne Implantation in die Gebärmutter einer Frau vermag sich keine befruchtete Eizelle in ein menschliches Individuum zu entwickeln.

Motiv für die vorliegende Definition des Embryos im Embryonenschutzgesetz war es, eine möglichst von den wechselnden Manipulationskontexten der befruchteten Eizelle unabhängige Beschreibung des schützenswerten frühen menschlichen Lebens zu finden. Dies muss man als eine Reaktion auf die Verbreitung der In-vitro-Fertilisation Ende der achtziger Jahre verstehen, welche nicht nur die Vorstellung von einer »natürlichen« Entwicklung des Menschen konterkarierte, sondern auch die künstliche Gebärmutter wieder als wahrscheinli-

cher erscheinen ließ. Der Wunsch, das Wesen des Menschlichen an seinem Ursprung in einer von diesen technologischen Entwicklungen unabhängigen Weise zu definieren, war verständlicherweise groß.

Heute zeigt sich, dass dieser Zweig der ethisch-rechtlichen Debatte in zweierlei Hinsicht problematische Folgen hat. Jedes neue Verfahren zur Reprogrammierung von Keim- oder Körperzellen lässt es als fragwürdiger erscheinen, in einer nur vermuteten, aber unter konkreten praktischen Bedingungen nicht überprüfbaren Entwicklungsfähigkeit das allein entscheidende Kriterium für den Beginn menschlichen Lebens zu sehen.

Bedeutsamer aber ist ein zweiter Aspekt: Eine Definition, die bewusst von sämtlichen sozialen Bedingungen der menschlichen Fortpflanzung abstrahiert, kann nicht mehr verständlich machen, warum wir uns überhaupt um den Umgang mit befruchteten menschlichen Eizellen so viele Sorgen machen. Indem man die entwicklungsfähige befruchtete Eizelle um einer möglichst kontextunabhängigen Definition willen wegen sämtlicher sozialer Kontexte entkleidet, macht man sie auch für das moralische Empfinden »unkenntlich«. Warum soll ich mich um etwas sorgen, dessen Wesen sich gerade dadurch definiert, dass von all seinen sozialen Bezügen – außer ggf. von dem einen, »Träger« von Menschenwürde zu sein, – abstrahiert wurde?³

Sämtliche Versuche einer »intrinsischen« Definition des Menschen haben höchst kontraproduktive Konsequenzen: Die Instrumentalisierung des Menschen durch den biologisch-technischen Fortschritt lässt sich eben nicht dadurch verhindern, dass man dessen Wesen ausschließlich biologisch-technisch definiert. Dies führt im Gegenteil dazu, den ursprünglichen moralischen Impetus ins Leere laufen zu lassen. Der Kontext von Menschwerdung und Elternschaft, der dem Ganzen doch zunächst seine soziale Bedeutung verliehen hat, geht verloren.⁴

Wie entrinnt man diesem Dilemma? Zunächst einmal sollte man sich vergegenwärtigen, welche höchst wertvoll und bedeutsam erscheinenden sozialen Sachverhalte durch das Recht geschützt und bewahrt oder zumindest jedenfalls nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden sollten. Über solche Sachverhalte lässt sich womöglich auch im internationalen Kontext leichter Einigung erzielen als über die konkrete gesetzliche Regelung des therapeutischen Klonens oder der Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen. Eine Analyse der sozialen Bedeutung der Embryogenese könnte gemeinsame kulturelle

Wertvorstellungen zu Tage fördern und damit die Verständigung über nationale Grenzen hinweg erleichtern.

Zweifellos gehört die soziale und moralische Bedeutung von Elternschaft und Fortpflanzung zu jenen globalen, von allen Kulturen geteilten Werten. Das Ethos der Elternschaft, die Bereitschaft, eine persönliche, umfassende und lebenslange Verantwortung für Kinder zu übernehmen, kann man vermutlich als eine moralische Universalie bezeichnen.⁵ Wenn wir auch derzeit in Europa keine Einigung untereinander erzielen können, ob eine befruchtete Eizelle als im juristischen Sinne vollwertiger Mensch anzusehen sei, so dürfte doch unstreitig sein, dass alle Länder der Europäischen Gemeinschaft gemeinsam und unisono das Ziel verfolgen, die besondere, von Verantwortung und Liebe gekennzeichnete Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu fördern. Warum also nicht diese uns einigende moralische Überzeugung zum Ausgangspunkt einer Rechtsprechung zum extrakorporalen Embryo machen? Dies hieße jedoch, einer auf Beziehung fokussierenden Ethik den Vorrang vor einer ausschließlich Individuen bzw. biologische Entitäten berücksichtigenden Ethik zu geben.

Literaturverzeichnis

- Badura-Lotter, G., *Embryonale Stammzellen - naturwissenschaftlicher Sachstand und ethische Analyse*, in: E.-M. Engels/G. Badura-Lotter/S. Schicktanz (Hg.), *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*, Baden-Baden 2000, 56-95.
- Beier, H. M., *Definition und Grenze der Totipotenz: Aspekte für die Präimplantationsdiagnostik*, in: *Ethik in der Medizin* 11 (1999) S23-S37.
- Benhabib, S., *Selbst im Kontext. Kommunikative Ethik im Spannungsfeld von Feminismus, Kommunitarismus und Postmoderne*, Frankfurt/M. 1995.
- Krones, T./Richter, G., *Kontextsensitive Ethik am Rubikon*, in: M. Düwell/K. Steigleder (Hg.), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt/M. 2003, 238-245.
- Wiesemann, C., *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft*, München 2006.
- Wiesemann, C. (2007) *Fortpflanzungsmedizin und die Ethik der Elternschaft*. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 4, S. 189-193.

Anmerkungen

¹ Für eine ausführliche Fassung dieses Vortrags s. Wiesemann 2007.

² Beier 1999; Badura-Lotter 2000.

³ Zur Bedeutung sozialer Beziehungen für die Ethik s. Benhabib 1995.

⁴ Vgl. dazu T. Krones/G. Richter 2003.

⁵ Zur Ethik der Elternschaft ausführlich: C. Wiesemann, *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft*, 1. Aufl., München 2006

Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Chayim Schell-Apacik: Das deutsche Embryonenschutzgesetz verbietet die Präimplantationsdiagnostik, d.h. die Entnahme einer Zelle nach der Befruchtung für diagnostische Zwecke. Es gibt Hinweise darauf – aus Ländern, in denen das gemacht wird – dass sich das, was verbleibt, nicht mehr so entwickelt, wie es soll. Die Rate von Fehlbildungen bei Kindern, wo diese Methode angewandt worden ist, ist wohl doch gar nicht so niedrig.

Claudia Wiesemann: Das ist richtig. Zunahme der Inzidenz von Behinderung nach der Geburt wäre ein Argument gegen ein kritikloses Screening. Ob es auch als Argument zählt gegen eine Diagnostik bei einer Familie, die schon eine genetische Vorbelastung hat, das ist eine andere Frage. Diese Familie hat ja mit einer viel größeren Wahrscheinlichkeit zu rechnen, ein behindertes Kind zu gebären.

Gabriele Weiß: Ich möchte noch mal auf die Definition von Tötung bei Spätabbrüchen zurückkommen. In der Praxis sieht es so aus, dass ein Kind vor der Eröffnungswehe vom Arzt getötet werden muss und es dann so auf die Welt kommt. Das ist eine Praxis, mit der werde ich in meiner Arbeit konfrontiert. Die ist für alle Betroffenen nicht erträglich. Wie ist der Überlegungsstand dazu, um die Betroffenen zu entlasten und damit mehr Klarheit zu kriegen?

Claudia Wiesemann: Zunächst sind es die Paare, die um Schwangerschaftsabbruch nachsuchen. Ich kann mir vorstellen, dass es für diese Paare eine traumatische Erfahrung ist, und für die Ärzte auch. Die Paare suchen in einer verzweifelten Situation um diese Hilfe, ich kenne Fälle aus der Entscheidungspraxis von Ethikkomitees. An der Universität Erlangen wird z.B. die Entscheidung nicht vom behandelnden Gynäkologen getroffen, sondern von einem Komitee, das eigens zu diesem Zweck gegründet wird. Wenn man dann die Biografien dieser Paare hört, steckt wirklich sehr viel Leid dahinter, das ein Paar dazu bringt, zu diesem extremen Schritt zu greifen.

Gerald Hartung: Sie haben sehr viel anhand der deutschen Rechtskultur über Verbote gesprochen. Herr Steinberg hat über Erlaubnis gesprochen. Wenn man das in eine Beziehung setzt, wie man den Einfluss von Religion und Kultur auf Biomedizin festmacht, so scheint es eine Erlaubniskultur und eine Verbotskultur zu ge-

ben. Wo wird die Grenze gesetzt, wie kann es sein, dass in einer Kultur gefragt wird: »Was kann erlaubt werden?« und in der anderen Kultur wird zuerst gefragt: »Was muss verboten werden?«

Claudia Wiesemann: Sie charakterisieren die deutsche Situation sehr gut, als eine Art Verbotskultur. Es hat sicher einen Grund in der deutschen Geschichte, an vielen Stellen einer als schrecklich erlebten Entwicklung einen Riegel vorzuschieben. Vielleicht sind wir auch ein bisschen faul geworden auf der Basis dieses Verbots-Denken. Es fehlt uns eine positive Perspektive, die ich bei Herrn Steinberg sehr deutlich gehört habe: »Was sind eigentlich gute Ziele von Fortpflanzung, die wir unterstützen wollen?« Das würde auch bedeuten, stärker mit Eltern auseinander zu setzen, was ist eigentlich Elternschaft? Was erwarten wir in unserer Gesellschaft von Elternschaft? Wie wollen wir, dass in den nächsten 50 Jahren Elternschaft gelebt wird in Deutschland? Wenn man bedenkt, wie viele Techniken inzwischen in dieses kulturell extrem tief verankerte Konzept eingreifen, dann ist das schon fast fahrlässig, diese Debatte noch nicht geführt zu haben. Was ist das Ethos von Elternschaft und wie setzen wir es um in den verschiedenen Technologien, die entweder direkt auf Fortpflanzung zielen, auf Fortpflanzungsverhinderung oder auf fortpflanzungsfremde Zwecke?

Simone Ehm: Was haben wir eigentlich für positive Ziele von Elternschaft?

Martin Gloger: Ich möchte anmerken, dass die Rolle des Vaters in unserer Kultur relativ seltsam – unsicher ist. Das kanonische Recht sagt, der Vater ist immer unsicher, und die Ehe ist ja so ein Moment, wo man versucht, das zu begrenzen. Das könnte auch ein Grund dafür sein, dass da Unterschiede in dieser Elterntypologie sind.

Claudia Wiesemann: Ja, das ist richtig, das ist ein altes Dilemma. Das deutsche Recht nimmt schon seit langem eine eindeutige Position: Es privilegiert die soziale Elternschaft. Der Vater, der sich um das Kind kümmert und das zum Beispiel auch durch solche institutionalisierten Akte wie eine Eheschließung signalisiert, ist der Vater. Ob er nun der genetische Vater ist oder nicht. Ich glaube, auch die europäische Rechtsprechung geht in diese Richtung. Die große Frage ist natürlich, sollen wir dann biologische, genetische Elternschaft ganz außer Acht lassen? Ich glaube nein, ich denke, wir müssen unsere

Vorstellung von Elternschaft erweitern um die Idee, dass es mehr als zwei Eltern eines Kindes gibt. Die Bundesärztekammer – ich glaube, auch das Embryonenschutzgesetz – spricht in dem Fall von »gespaltener Elternschaft«. Ich finde es schöner, zu sagen »geteilte Elternschaft«, weil das bedeutet, man teilt etwas, indem man etwas gemeinsam wahrnimmt. Und nachdem wir inzwischen an den vielen Patchworkfamilien sehen, dass geteilte Elternschaft durchaus ein funktionales Konzept ist – bei all den Problemen, die damit entstehen, kann ich mir vorstellen, dass auch im Bereich der unterschiedlichen genetischen, gestationalen und sozialen Elternschaft so etwas denkbar ist. Das setzt natürlich durchaus noch weitere Gesetzesreformen voraus.

Simone Ehm: Ich glaube der Begriff ist »biologische Elternschaft«, oder?

Claudia Wiesemann: Ja, den habe ich anfänglich verwendet. Dann wurde mir gesagt, genetische Elternschaft ist doch genauso biologische Elternschaft, und der Begriff wurde auch angezweifelt. »Biologisch«, wenn wir uns darauf einigen können.

Silke Schicktanz: Es gibt eine Diskussion, ob es nicht ein Recht auf Vaterschaftstests gibt – auch gegen die Einwilligung von Kind und Mutter. Das ist ja auch eine Diskussion, die beispielsweise im Rahmen des hiesigen Nationalen Ethikrats und seines Gutachtens zu Gendiagnostik sehr intensiv geführt worden ist. Meines Wissens hat die dortige Mehrheit für dieses Recht plädiert. Ihre Beobachtung ist richtig, dass soziale Elternschaft im Moment im Vordergrund steht. Wir können uns aber anschauen, wie biologische oder technologische Paradigmen diese gewachsenen sozialen Vorstellungen verschieben. Gewissermaßen rückt mit dem Vorhandensein von solchen Tests plötzlich wieder die genetische Vaterschaft, oder überhaupt Elternschaft, in den Vordergrund.

Claudia Wiesemann: Über lange Zeit hinweg war die rechtliche Regelung, wenn ein Mann die Elternschaft anerkannt hatte, galt er als Vater. Er hatte auch nicht das Recht, selbst einen genetischen Test am Kind durchzuführen, um herauszufinden, ob er tatsächlich der Vater ist. Er brauchte dazu die Zustimmung der Mutter. Inzwischen ist es für den Vater einfacher geworden – ich glaube sogar per Gesetz –, seine genetische Vaterschaft zu bestätigen oder eben auch infrage zu stellen. Das zeigt, dass man von dieser Privi-

legierung der sozialen Vaterschaft ein Stück abgerückt ist. Das ist absolut richtig beobachtet.

Chayim Schell-Apacik: Das mit der biologischen Vaterschaft ist schon ein Problem. Ich denke, »biologisch« trifft es, es gehört mehr dazu als nur die Gene und nur die befruchtete Eizelle. Da spielen so viele andere Faktoren mit, dass dieses Kind sicherlich nicht allein das Produkt seiner Gene ist, sondern der ganzen Umgebung.

Wenn ein Mann erst den Schritt geht, seine Vaterschaft anzuzweifeln und die durch einen Test verifizieren lassen zu müssen, ist das für mich eigentlich ein Spiegel dafür, wie Paare derzeit in Deutschland sich sehen und definieren. Es spricht eher für Beziehungskrisen und für Beziehungskonflikte in diesen Paarbeziehungen und es geht gar nicht so sehr um das Konzept der Elternschaft an sich.

Wir werden in einigen Wochen in den Synagogen einen Abschnitt aus einem der Bücher der Bibel lesen, aus Könige: Die bekannte Geschichte von Salomon und den beiden Frauen, die sich um ein Kind streiten. Die eine behauptet, sie sei die leibliche Mutter, und die andere behauptet, sie sei die leibliche Mutter. Das ganz Entscheidende: Die Weisheit Salomons besteht darin, dass die Frau das Kind von ihm zugestanden bekommt, die das Kind am meisten liebt. Seine soziale Mutter ist. Es bleibt völlig unklar in dem Abschnitt, ob sie nun die biologische Mutter ist. Damit bekommen wir auch einen religiösen Aspekt.

Silke Schicktanz: Genau diese gewachsenen Werte werden dadurch in Frage gestellt, dass Technologien, wie zum Beispiel diese Vaterschaftstests verfügbar sind. Wenn Sie in Berlin mit der U-Bahn fahren, hängt in jedem U-Bahn-Waggon ein Schild, wo ein kleines Baby Sie anguckt, und dann den Mann fragt: »Sind das wirklich Ihre Augen?« Dann steht dort eine Adresse, wo Sie sehr günstig einen Vaterschaftstest machen können. Das heißt, es wird ein Diskurs des Misstrauens initiiert, der sagt, es kommt nicht darauf an, ob du dein Kind liebst, sondern ob es genetisch dein Kind ist. Dieser Diskurs findet in der Öffentlichkeit statt. Unter anderem mit der Obsession, dass da auch rein ökonomische Interessen der Firmen dahinter stecken. Dies beinhaltet für mich auch einen Teil von Kultur, wie dieser Diskurs geführt oder wie er initiiert wird.

Simone Ehm: Welchen Einfluss haben Religion und Kultur auf bioethische Debatten? Wir können heute nicht mehr davon ausgehen, dass

Positionen zu medizinethischen Fragen moralischen Hauptströmungen zuzuordnen sind. Auch in der christlichen Ethik finden wir ein breites Spektrum an Positionen. Gleichzeitig sprechen wir von einer Wiederkehr der Religionen und können davon ausgehen, dass Religion sehr wohl einen deutlichen Einfluss auf die bioethischen Debatten hat. Ich fände es spannend, von Ihnen zu hören, wie Sie denn eigentlich diesen Einfluss einschätzen, und wie er sich zeigt.

Claudia Wiesemann: Vielleicht kann man Wolfgang Schäuble als Beispiel nehmen. Ich habe mir die Diskussionen zum Stammzellgesetz sehr genau durchgelesen. Herr Schäuble hat einen sehr langen Redebeitrag geliefert. Er ist ja durchaus jemand, der auf einem sehr christlichen Fundament steht. Und trotzdem votierte er 2002 im Bundestag für den Antrag »Verantwortungsbewusste Forschung an embryonalen Stammzellen für eine ethisch hochwertige Medizin«. Und seine Begründung ist, dass wir zur Kenntnis nehmen müssen, dass der Blick auf den Embryo in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich ist. Wenn wir nur nach England schauen, beispielsweise, dann sehen wir da einen anderen Umgang mit den Embryonen. Wir haben heute auch von Herrn Steinberg gehört, wie sich der Umgang mit den Embryonen in Israel unterscheidet. Israel war ein großes Thema in der Debatte, weil ja Stammzell-Linien aus Israel importiert werden sollten. Und Schäuble erkannte das an und setzte als einen eigenen moralischen Wert, dass wir anderen Ländern nicht absprechen können, trotzdem auf eine gründliche Art und Weise zu einer fundierten moralischen Überzeugung gelangt zu sein. Es ist interessant, dass hier ein Ethos des kosmopolitischen Denkens oder des Universalismus als wichtiger angesehen wird als die national herausgebildeten Überzeugungen.

Simone Ehm: Könnte man überspitzt sagen, dass Religion also nicht mehr ein oder zwei Hauptüberzeugungen einbringt, sondern eine neue Art des Bewusstseins für die Thematik?

Claudia Wiesemann: Man muss zur Kenntnis nehmen, dass auch die Kirchen in einer globalen Welt leben. Und das heißt auch, die anglikanische Kirche in England unterstützt die Forschungspolitik der englischen Regierung. Oder eine Religion wie das Judentum, die viele tausend Jahre alt ist, vertritt in dieser Hinsicht einen sehr kompromissorientierten, fortschrittsfreundlichen Standpunkt. Daran können doch auch die Kirchen hier in Deutschland nicht vorbei gehen.

Aviad Raz: Was passiert, wenn es einen Konflikt gibt zwischen dem deutschen Embryonenschutzgesetz und dem Schwangerschaftsabbruchsgesetz (§ 218): Zum Beispiel, wenn eine schwangere Frau einen Abbruch haben möchte nach einer Indikation von Gehörlosigkeit oder Down-Syndrom, weil sie behauptet, dass das Aufziehen eines gehörlosen Kindes oder eines Kindes mit Down-Syndrom für ihre zukünftige psychische Verfassung von Nachteil ist?

Claudia Wiesemann: Es wird möglich sein, einen Abbruch vorzunehmen, wenn es genug Gründe gibt zu glauben, dass die Frau Recht hat. Und das Argument, das unser oberstes Gericht angegeben hat für diese liberale Position, besteht darin, dass der Embryo nicht geschützt werden kann ohne die Unterstützung der Frau. Das war die Argumentation in den siebziger Jahren, als das Schwangerschaftsabbruchsgesetz verabschiedet wurde. Wenn wir heute dieses Gesetz verabschieden müssten, würde es wahrscheinlich anders aussehen.

Aviad Raz: Sie haben gesagt, dass die Frau beweisen muss, dass sie wirklich leiden wird. Wie kann sie diesen Nachweis erbringen? Welche Beweise werden von ihr verlangt?

Claudia Wiesemann: Wenn sie das behauptet, glauben ihr die Leute. Es gibt keine anderen Beweise, die gefordert werden. Aber wenn die Schwangerschaft nach der 26. oder 30. Woche ist, wird ein Ausschuss diese Frage behandeln. Dann wird man sie wirklich befragen, und man wird sich fragen, ob dieses Argument überzeugt.

Aviad Raz: Was ist der legale Status der ‚Pille danach‘? Denn die Pille wird ja nach der Befruchtung eingenommen, aber nicht unbedingt vor der Einnistung.

Claudia Wiesemann: Innerhalb des Schwangerschaftsabbruchs-Gesetzes wird gesagt, dass es keine Abtreibung ist, wenn der Embryo vor der Nidation zerstört wird. Also ist die Pille danach nicht durch die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch betroffen. Und zwanzig Jahre später, als das Embryonenschutzgesetz beschlossen wurde, da behandelt man diesen Zeitpunkt (die Befruchtung). Es wird jedoch nichts über die Pille danach gesagt. Das ist eine Inkonsistenz des deutschen Gesetzes.

Chayim Schell-Apacik: Ich muss darauf bestehen, dass die Antwort auf die erste Frage nicht richtig war. Ich arbeite in Deutschland, ich kann

Ihnen versichern, wenn ein Kind pränatal als gehörlos diagnostiziert wird, wird kein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen. Nur bei einer Erkrankung des Kindes, die man vorhersagen kann und die nicht behandelbar ist. Tay-Sachs zum Beispiel.

Silke Schicktanz/Claudia Wiesemann: Es gibt keine Liste von Krankheiten.

Chayim Schell-Apacik: Ich bin Genetiker, ich berate diese Eltern, es gibt Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Humangenetik. Ein gehörloses Kind ist niemals ein Grund für eine Abtreibung in Deutschland. Es gibt einen Fall, Down-Syndrom, der erörterbar ist, aber dann wird angenommen, dass die Mutter Recht hat.

Claudia Wiesemann: Meine Antwort bezog sich auf das Down-Syndrom. Das hängt davon ab, wie stark die Mutter beeinträchtigt wird, das ist ein Teil der Definition. Es geht ja nicht um den Embryo. Es wurde explizit gemacht, dass es keine Liste von Krankheiten gibt, denn das würde als eine Art von Diskriminierung gegenüber Behinderung betrachtet, und daher hat man sich nur auf den Anteil der Frauen bezogen.

Katrin Grüber: Es geht doch darum, dass 1995 die embryopathische Indikation abgeschafft wurde. Man hat dies damit begründet, dass sie eine diskriminierende Wirkung auf Menschen mit Behinderung hat. Bei der medizinischen Indikation ist allein die Situation der Mutter relevant. So ist zumindest die Theorie des Gesetzes. Die Praxis ist, denke ich, sehr unterschiedlich. Es gibt Humangenetiker, die tatsächlich nur nach dem Zustand der Mutter schauen, und es gibt welche, die ein negatives Bild von Behinderung im Hinterkopf haben und das auch transportieren. Es gibt übrigens Untersuchungen darüber, dass die Abbruchrate unterschiedlich ist, je nachdem, wie beraten wird.

Abraham Steinberg: Diese Dilemmata gibt es wirklich, egal ob in Israel oder Deutschland. Ich denke, die Unterschiede kommen aus den grundsätzlichen Ansätzen im Bezug auf Philosophie, Religion und Ethik. Es gibt zum einen eine theoretische Schule, die »Prinzipienethik«, die vier Prinzipien der modernen, säkularen Ethik. Der Ansatz des katholischen Diktums, das ist ein ganz anderer prinzipieller Ansatz, alle Details müssen den allgemeinen Prinzipien folgen, ohne dass man die individuellen Unterschiede der einzelnen Fällen betrachtet. Der gegensätzliche

Ansatz ist die kasuistische Ethik, bei der man Fall um Fall bewertet.

Der Judaismus kann als ein Prototyp der kasuistischen Ethik verstanden werden. Er entstand im Laufe von tausend Jahren über Gesetze. Rabbis haben Fälle zusammengetragen und dann wurden die verschiedenen Argumente abgewogen. Wenn wir den Ansatz der vier Prinzipien betrachten, also Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit, dann ist Autonomie in jedem Fall gegeben. Man kann kaum eine Situation finden, wo Autonomie überstimmt wird. Ich denke, die säkulare amerikanische Denkweise ist sehr prinzipiell und sehr stark ausgelegt auf Autonomie. Und ich denke, der bessere Ansatz ist, Dinge vernünftig abzuwägen, und nicht einfach nur ein Prinzip zu wählen und viele Einzelfälle außer Acht zu lassen. Dass Deutschland restriktiv und Israel mehr nachgiebig ist, ist eine Generalisierung, die nicht stimmt. Im Judaismus nehmen wir in anderen Fragen eine sehr harte Position ein, wofür wir auch kritisiert werden.

Claudia Wiesemann: Ich verstehe, dass das Judentum nicht so liberal zu allem ist. Ich habe mich gefragt, ob wir einen Prinzipienansatz in Deutschland haben. Wir haben keinen kasuistischen Ansatz, wahrscheinlich haben wir eine Prinzipienethik. Aber was eine wichtige Rolle bei uns spielt, ist die Verfassung. Ich möchte gerne von Ihnen wissen, ob Sie denken, dass die Verfassung in der Regulierung der Reproduktivmedizin eine Rolle spielt?

Aviad Raz: Es gibt keine Verfassung.

Claudia Wiesemann: Es gibt keine Verfassung? Okay.

Carmel Shalev: Es gibt eine Verfassung, aber es gibt keine Information darüber.

Claudia Wiesemann: Die Verfassung in Deutschland spielt eine wichtige Rolle, weil sie als Schutz der individuellen Menschenrechte eingerichtet wurde. Wir haben diese wirklich schrecklichen Erfahrungen in unserer Geschichte, wie Menschen behandelt wurden vor 1945 und wie Menschenrechte ignoriert wurden. Die Verfassung hat eine hohe Barriere errichtet, staatliche Einmischung in die Rechte des einzelnen Menschen, und insbesondere Einmischung in sein Leben, sollten verhindert werden. Heute müssen wir mit Menschen oder mit Wesen umgehen vor ihrer Geburt, und natürlich hat die

Verfassung damals eher an schon geborene Menschen gedacht. Jetzt ist es schwieriger, weil wir viel mehr über die menschlichen Wesen wissen, die noch nicht geboren sind oder kurz vor der Geburt stehen. Ist es wahr, dass wir eine befruchtete Eizelle genauso behandeln wie jemanden, der bereits geboren ist und dessen Rechte missachtet werden könnten?

Carmel Shalev: Ich habe einige Gemeinsamkeiten hier entdeckt. Ich denke, dass wir auch in unserer Kultur wirklich besessen von den Möglichkeiten der neuen Technologien sind.

Auch bei uns gibt es diese Fragen, wo man die Grenzen ziehen soll. Und manchmal gibt es Versuche, technologische Antworten zu finden. Aber es führt wieder zu Widersprüchen und zu Verwirrung. Ich bin wirklich erstaunt über diesen religiösen Diskurs hier im säkularen Deutschland. In Israel bin ich daran gewöhnt. Ich denke, das hat damit zu tun, dass wir uns in einer Phase nach der Erklärung der Menschenrechte befinden und versuchen, rationale humanistische Antworten zu finden.

Es scheint, dass die Religion viele Antworten gibt, oder die Autorität hat zu sagen »wir wissen, dass es so und so ist.« Aber auch innerhalb der Religionen selbst gibt es überall kontroverse Diskussionen und das gleiche gilt für Israel. Und ich denke nicht, dass es irgendeine formelle Antwort gibt, auf die wir durch logische Deduktionen kommen können oder durch eine Art von Abwägung von Prinzipien und Werten. Ich denke, wir drängen unsere emotionalen Intuitionen bis an ihre Grenzen, und das kann in gewisser Weise abgewogen werden, bis wir herausgefunden haben, wie weit wir damit kommen.

Claudia Wiesemann: Diese Reproduktionstechnologien greifen in sehr tief verwurzelte kulturelle Institutionen ein: Ehe, Zeugung und Elternschaft, die auch durch Gesetze geregelt wurden. Das waren auch immer Themen der Religionen. Und ich denke, wir brauchen eine religiöse Perspektive für das Thema der Elternschaft und Zeugung, sonst kommt es nur zu instrumentellen Entscheidungen. Trotzdem müssen wir sehen, dass viele Menschen ihre eigenen Ideen haben und die Elternschaft auch unterschiedlich auslegen und auch verändern. Das ist eine Herausforderung für alle Religionen in der ganzen Welt.

Carmel Shalev: Der Unterschied ist, dass in Israel Wissenschaft und Religion Hand in Hand gehen. Die Wissenschaft versucht nicht, das zu

übernehmen, was die Domäne der Religionen ist, Leben und Tod, und sie ergänzen sich also, sie sind nicht gegeneinander gerichtet.

Joachim Schemel: Ich war bei der Verhandlung der Bioethik-Erklärung der UNESCO, und mich hat da ein Statement des mexikanischen Delegationsleiters tief beeindruckt, der sagte: »Ihr redet hier über das Lebensrecht von Embryonen und gleichzeitig sterben aber auf unseren Straßen Tausende von Menschen an Autounfällen, und Leute verhungern, weil sie zu wenig zu essen haben, und weil die Luft zu schlecht ist.« Kann man Bioethik eigentlich betreiben, ohne die ganzen anderen ethischen Fragen zu behandeln, die mit unserer modernen Lebenswelt verbunden sind?

Wir haben innerhalb der Europäischen Union eine sehr intensive Debatte im Rahmen der Vorbereitung des sechsten und auch des siebten Forschungsrahmenprogramms hinsichtlich der Stammzellforschung gehabt. Es war sehr interessant zu sehen, wie sich die Positionen der einzelnen Regierungen im Groben eigentlich an religiösen Positionen festgemacht haben. Aber dann sind plötzlich die Italiener z.B. von der katholischen Linie abgewichen und haben anders entschieden. Diese Fragen mal im kirchlichen Rahmen aufzugreifen und das zu diskutieren, das fände ich spannend.

Claudia Wiesemann: Wichtig ist wahrzunehmen, dass bioethische Debatten kontextualisiert sind, und auch kontextualisiert sein müssen. Und es kann eine Form von Zynismus sein, in Mexiko City über das Recht eines Einzellers zu diskutieren. Es erspart uns trotzdem nicht, in unserer Wohlstandsgesellschaft, diese Frage aufzuwerfen.

Katrin Grüber: Ich wollte etwas zu der Diskussion auf europäischer Ebene hinzufügen. Ich habe von Abgeordneten des Europaparlaments gehört, dass sie es als Problem gesehen haben, dass diejenigen, die sich für Embryonenschutz ausgesprochen hat, in die »katholische Ecke« gestellt wurden. Katholisch galt gleich als rückständig, so dass sich manche dann eher genötigt gesehen haben, lieber für den Fortschritt, für die Zukunft zu sein und dann eben auch die Forschung an Embryonen freizugeben.

Melanie Mordhorst: Ich wollte nach Wertungswidersprüchen und Inkonsistenzen fragen, die in der medizinethischen, wissenschaftlichen Debatte, aber auch in theologischen Positionen immer lauter werden. Wo sind rechtliche Nachbesse-

rungen anzuregen, umzusetzen – wie wird damit umgegangen? Zugleich habe ich den Eindruck, dass sich rechtlich eigentlich nichts tut.

Claudia Wiesemann: Ich sehe das vereinheitlichende Reproduktionsmedizingesetz, das sinnvoll wäre angesichts dieser unterschiedlichen Regulierungen, im Moment nicht. Das wäre eine große gesellschaftliche Anstrengung, die wahrscheinlich die Gräben noch mal ziemlich weit aufwerfen würde. Ich sehe in der Evangelischen Kirche einen großen Versuch, diese Widersprüche in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen. Man kämpft um Positionen, die Frauenrechte anerkennen und trotzdem auch eine Rücksichtnahme auf den Embryo ermöglichen. Das gelingt nur, wenn innerhalb der Kirchen die unterschiedlichen Positionen offen zu Tage treten können. So ganz einfach ist das ja auch innerhalb der Evangelischen Kirche nicht. Dieses Statement der eher liberalen Theologen in der FAZ ist hinterher in der Schublade der Kirche verschwunden. Hier könnte man mehr offene Ansätze wagen, um dann zu zeigen, wie eine zukünftige Reproduktionsmedizingesetzgebung aussehen könnte. Und das setzt voraus, dass man Widersprüche wahrnimmt und auch gelten lässt.

Reiner Anselm: In der Evangelischen Kirche bemüht man sich mittlerweile um eine einheitliche Position, die im Augenblick stark von einem Fürsorglichkeitsparadigma geprägt wird. Und ob die am Schluss konsistenter ist oder neue Probleme aufwirft, das scheint mir eine offene Frage zu sein. Ganz abgesehen davon war ja die Ausgangsfrage, ob es nicht Bemühungen geben könnte, auch im Recht eine konsistentere Position hinzubekommen. Ich frage mich, ob die tatsächlich möglich ist. Betrachtungsweisen sind kontextabhängig. Und ob es möglich ist, das in einem Reproduktionsmedizingesetz so zusammenzufassen, dass die unterschiedlichen Szenarien des Schwangerschaftsabbruchs, der Embryonenforschung und was da noch alles dranhängt, in eine Linie zusammengefasst werden können, das wage ich zu bezweifeln, weil es einfach der Komplexität der Lebensführung nicht entspricht. Dass dieses Papier, wie Sie gesagt haben, in der Schublade verschwunden ist, hängt vor allem daran, dass es faktisch – das war gar nicht intendiert – die Blaupause des Stammzellgesetzes geworden ist. Und das hat die Evangelische Kirche abgelehnt. Aber man muss auch da unterscheiden. »Die Evangelische Kirche« gibt es in dieser Weise nicht, es entsprach einfach nicht der offiziellen Position.

Gabriele Werner-Felmayer: Was mir in der ganzen Diskussion auffällt, ist, dass die wissenschaftlichen Konzepte, die all diesen Untersuchungen zu Grunde liegen, als etwas sehr Fixes angesehen werden, als eine Art wissenschaftlicher Wahrheit. Jetzt wissen wir aber, dass das sehr im Fluss ist. Wie geht man eigentlich damit um, gerade im Stammzelltherapiegebiet, das ja sehr umstritten ist? Dies betrifft ja nicht nur die embryonale Stammzellforschung, sondern auch die Anwendung der adulten Stammzellen. Wir haben beispielsweise das Problem des nach wie vor ungeklärten Krebsrisikos. Das höre ich in der letzten Zeit überhaupt nichts mehr. Für mich hat diese Debatte um Embryonenschutz fast den Patientenschutz, oder den Konsumentenschutz, um es mal provokant auszudrücken, ein bisschen verdrängt.

Claudia Wiesemann: Das liegt daran, weil die Wissenschaftler inzwischen völlig akzeptiert haben, dass dieses Krebsrisiko bei Therapieversuchen mit embryonalen Stammzellen sehr hoch ist, und es gibt eine absolute Zurückhaltung vor klinischer Anwendung. Das liegt unter anderem daran, weil das oft Firmen sind, die mit Risikokapital arbeiten und auf biotechnologische Entwicklung setzen, und die haben große Angst vor Regressen, vor haftungsrechtlichen Prozessen.

Gabriele Werner-Felmayer: Es entsteht aber durch diesen Verzicht gewissermaßen der Eindruck, dass dieses Problem nicht existiert oder gelöst sei.

Claudia Wiesemann: Ich stimme Ihnen in gewisser Weise zu. Ich sehe zum Beispiel auch eine fatale Tendenz im Stammzellengesetz selber. Für die Genehmigung von Versuchen mit humanen embryonalen Stammzellen wird dort Hochrangigkeit vorgesehen, und es gibt einige Mitglieder der Stammzellkommission, für die ist Hochrangigkeit nur dann gegeben, wenn sich unmittelbare therapeutische Optionen zumindest am Horizont ergeben. Das ist natürlich klar, mit nach Deutschland importierten Stammzellen wird das nie möglich sein, aber der Forscher soll zumindest skizzieren, was denn nun vielleicht denkbare Therapien wären. Ich bin kein Anhänger dieser Meinung, weil ich genau wie Sie überhaupt nicht weiß, ob Patienten davon profitieren werden oder sich nicht viel mehr Nachteile einhandeln.

Jonathan Eggers: Wir sind alle mit der Tatsache einverstanden, dass die Wissenschaft fortschreiten wird. Ich habe schon von weiterem klini-

schem Einsatz von Stammzellen, gerade auch in der Kardiologie, gehört, zum Beispiel in Polen. Wie schaffen wir es, die an Ethik interessiert sind, diese Entwicklung zu beeinflussen? Gibt es da überhaupt eine Möglichkeit? Ist es überhaupt Ziel der Ethik, diese Entwicklung zu beeinflussen und Grenzen zu setzen?

Claudia Wiesemann: Bei dem Beispiel, das Sie gerade genannt haben, muss man vorsichtig sein – das sind adulte Stammzellen, die in Polen eingesetzt werden. Und das ist ja eine etablierte Therapie, die seit Jahrzehnten erprobt ist und auch erfolgreich ist.

Ich denke auf jeden Fall, dass die Bioethiker die Zukunft mitgestalten sollten, in Form von Restriktionen von Optionen. Und ich denke auch, das gelingt. Die Frage ist, wie wir das gut machen, ohne zum Beispiel in die viel beschworenen Obsessionen, auch Hysterien hinein zu geraten. Wir wollen ja auch eine sinnvolle Nutzung von Wissenschaft für unsere Zwecke. Das wir alle krank werden können, und Hilfe brauchen können, das müssen wir auch in Betracht ziehen.

Silke Schicktanz: Wie wird auf der internationalen Ebene mit dem Verweis auf kulturelle Vielfalt in der Bioethik umgegangen? Wir sollten aufpassen, dass ‚Kultur‘, oder auch der Verweis auf

Religion und Vielfalt, nicht instrumentalisiert wird als Argument für ein »anything goes«, d.h. ein Plädoyer für eine liberale Politik. Wenn man sich das liberale Paradigma vor Augen führt, dann bedeutet weltanschauliche Neutralität, unabhängig von kulturellen Faktoren eine Entscheidung zu finden. Aber interessanterweise wird ja genau dort sich immer wieder auf Kultur und Religion bezogen, um zu begründen, dass wir in unserem kulturellen Kontext das so und nicht anders regeln möchten. Ich sehe das als ein Spannungsfeld. Wir bewegen uns immer in Kulturen, aber Kulturen verändern sich. Diese internationalen Auseinandersetzungen über eine globale Biomedizin fordern aus meiner Sicht, dass wir Kultur ernst nehmen – im Sinne von sie selbstkritisch befragen. Wir sollten uns nicht einfach beliebig ihrer bedienen und sie dann wieder ignorieren.

Ich glaube, dass man aufpassen sollte, nicht zu früh schnelle Lösungen zu finden, was für die Politik gerne angestrebt wird. Meine Perspektive wäre, wir würden uns mehr Zeit zum Nachdenken ausbitten. Das hätte natürlich normative Konsequenzen, was die Beschleunigung angeht.



Disability, Genetics and Tradition – Socio-Cultural Aspects of Genetic Practice in Israel

Von Prof. Dr. Aviad E. Raz, Social Science Department, Ben-Gurion University, Negev / Beer-Sheva

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

The subject of my talk is prenatal genetic testing in Israel. This biomedical practice has exceptional popularity in Israel, in terms of frequency and variety of tests. For example, in 2002-3, 94 per cent of pregnant secular women over 35 years of age reported having amniocentesis; about 40 per cent of secular new mothers reported having tested for Fragile X. These frequencies are far greater than those in other western countries.

Key factors predicting performance of prenatal tests include: women's higher socio-economic status, secular background, lower number of children in the family, and doctor's referral. The main reason for non-performance of the tests is high religiosity. Less than one per cent of Ultra-Orthodox women older than 35 have had amniocentesis and other invasive tests, as against 94.4 per cent of secular women.

Therefore, the preoccupation with 'quality of the offspring' is more typical of the upper and secular social strata

Prenatal testing and abortion are of course conducted within a specific legal situation, which is different in each and every country. The Israeli law generally permits selective abortion, although only in the framework of specific guidelines.

Article 308 of the Israeli Penal Law states that »Only once the newborn is completely out and alive from its mother's womb, it is considered a person.« Hence, legally speaking, abortion is not considered killing. In order to terminate a pregnancy the law requires the woman's consent and the approval of a hospital committee. Note the legal phrasing concerning the cultural endowment of human rights (when the fetus is considered a person) – it is only after birth. Some might argue that drawing the line in birth is an arbitrary construction; why not regard the fetus,

who is a goal-directed organism, as having rights? Why is the fetus not a person? I leave this as an open question for the time being.

The Israeli penal law concerning the interruption of pregnancy (1977) authorizes hospital committees to assess parents' requests for selective abortion using 4 criteria:

1. The woman is below marital age or over 40
2. The pregnancy is the result of rape, incest, or outside of marriage
3. The newborn may suffer from a physical or mental defect
4. The pregnancy may cause physical or psychological damage to the pregnant woman.
5. Welfare conditions (dropped in 1980 following pressure by the religious parties)

In this talk I focus on the third criterion, because of its relevance to prenatal genetic testing. In 2003, 3,476 pregnancies were terminated because of embryopathic indications –17% of all abortions. The law does not provide any definition of »genetic defects« in terms of severity and/or likelihood of expression. These definitions remain open to interpretation, negotiation, and boundary-work by parents and committee members.

The focus of our socio-empirical research was: committee deliberations regarding selective abortion due to mild or likely embryopathies. Cases of mild or likely embryopathies (such as Gaucher disease, deafness, or dwarfism) were selected because, by nature of their uncertainty, they bring out the boundary-work conducted by committee members and parents. Our research questions was therefore: how do committee members and parents negotiate this uncertainty? Is there a common strategy for handling such cases, and what is it? Since committee deliberations are confidential, two data sources were used: Interviews conducted with committee members and advisors in various Israeli hospitals (N=20); and print media reports on fetal diagnosis and requested abortion appearing in 2000-2006 in the three largest newspapers (N=22). Data was collected by Nitzan Rimon-Tsorfati under the supervision of the author.

I now discuss the findings, which are organized according to the stakeholders, starting from the fetus. The main finding was an overarching lack of reference to the fetus as a stakeholder--namely a goal-directed organism with autonomy and rights. The majority view amongst committee members and advisors was pro-eugenic support of the lenience of the 3rd clause. Rationalizations used by committee members and advisors included: Perceived Public Pressure and the illusion of »non-directiveness.« »Is the fetus present during the deliberations? No. Is it good that he is not present? The population we are dealing with here manages its reproductive decisions according to risk margins that are lower than anywhere else in the world. People here are not willing to take any risk. We are prisoners of this situation [...]» (committee member, personal interview, 29/1/06). »If a couple decides to go and test the fetus for deafness, which is part of the tests offered by hospitals, not by recommendation but elective, and there is a positive test result, we would refer them to the hospital committee. We cannot say at this point: 'after everything we have done, now we must stop you.' Why did we start with it to begin with? It's a moral decision, and moral decisions are for the family to decide« (committee advisor, personal interview, 12/1/06).

According to the vast majority of the reports, parents did not see the lenience of the 3rd clause as a problem - but rather as an advantage they could exploit. In a report entitled »Lies I told the committee« (by Aviva Lori, Ha'arretz 11/8/06), the journalist asks: »what does a married woman who wants to abort an unwanted pregnancy have to do in order to persuade the hospital committee?« According to the report, for many women the answer is: »to find the loopholes.« The majority of the reporters (19 out of 22) expressed a positive and uncritical attitude towards the subject. Many journalists commented (with pride) on the »Israeli world record« in individual as well as prenatal testing, e.g.: »Only 27% of Israeli couples did not take genetic testing before deciding to have the first child.«

In conclusion, the vast majority of committee members and advisors (17 out of 20) as well as of the print media reports (19 out of 22) viewed selective abortion due to mild or likely embryopathy favorably. Furthermore, the ambiguous lack of criteria concerning the genetic defect's degree of severity and probability of expression, and the absence of public debate concerning this issue, were perceived by the

majority as providing desirable flexibility. The majority of respondents referred to a shared view of »responsible parenthood«, perceived as responsibility towards parents' needs and autonomy rather than the needs of the unborn

Comparative evidence suggests that the Israeli case is exceptional. For example, health professionals in France who were involved in abortions due to mild or likely fetal diagnosis expressed difficulties with their role, criticizing the risk of eugenic pressures (Garel et al. 2002). In the U.K., obstetricians have also expressed similar worries about third-trimester termination of pregnancy (Liford and Thornton 1993; Paintin 1997; Green 1995).

While the study I described provides data on patterns of attitudes, the implications depend on one's perspective. It's the same as the interpretation of »lenience«: one's interpretation depends on one's perspective. The findings challenge the accepted belief that secular society, in contrast to religious or traditional society, is more individualistic and pluralistic. The evidence of a shared majority view encompassing the experts, the media and the public demonstrates how secular society in Israel develops and sanctions a set of prescribed life strategies, defining for its members what »parental responsibility» means and what it entails. This is surprising since we are used to thinking that such normative control, such indoctrination, is limited to traditional communities.

What mutes moral criticism and critical discussion of prenatal testing in Israel? A combination of factors suggested by various sociologists and anthropologists of Israeli society: Strong health provider support of prenatal tests; Emerging social norms that equate »good mothering« with »genetic responsibility«; Intolerance towards disability, and fear of the burden of care for a disabled child; The Israeli urge for the perfect child as part of the cultural script of the »chosen body,« emanating from Zionist ideology; and the fact that fetuses are perceived as parts of their mothers with no autonomous rights before birth.

The »muting of moral criticism« could also be located in the ambiguous gap between ideological declarations and practical flexibility. On the one hand, the law restricts selective abortions, thus paying lip service to moral criticism. On the other hand, abortions can be easily obtained by manipulating the loopholes which are built into

the system and accepted positively by medical professionals as well as the general public. This pragmatic status-quo of »loose coupling,« legitimating the gap between what is being declared and what is being practiced, seems to have also silenced the public (and particularly political) debate.

Further Reading:

Garel, M. S. Gosme-Seguret, M. Kaminski and M. Cuttini (2002). »Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives,« *Prenatal Diagnosis* 22: 811–817.

Gross, M. (1999). »After Feticide: Coping with Late-Term Abortion in Israel, Western Europe, and the United States,« *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 8/4: 449–462

Hashiloni-Dolev, Yael (2007). *A Life (un)Worthy of Living: Reproductive Genetics in Israel and Germany*. Springer-Kluwer.

Raz, A. (2004). »'Important to test, important to support': Attitudes toward disability rights and prenatal diagnosis among leaders of support groups for genetic disorders in Israel,« *Social Science and Medicine*, 59(9): 1857–1866.

Rimon-Zarfaty, N. & A. Raz (2008). »Abortion Committees as Agents of Eugenics: Medical and Public Views on Selective Abortion following Mild or Likely Embryopathy.« In press, chapter 11 in Birenbaum-Carmeli, Daphna and Carmeli, Yoram (Eds.), *Reproductive Technologies in Israel*. Berghahn Press.

Remennick, L. (2006). »The Quest after the Perfect Baby: Why Do Israeli Women Seek Prenatal Genetic Testing?« *Sociology of Health and Illness*, 28/1: 21–53

Skorecki, K. (2005). »The Unborn Child: Scientific Discovery, Medical and Ethical Dilemmas,« in Blazer, S. & E. Zimmer (Eds.), *The Embryo: Scientific Discovery and Medical Ethics*. Basel, Karger, pp. 120–142 

Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Aviad Raz

Simone Ehm: Mir geht es darum, die Situation einer Schwangerschaft in den medizinischen Kontext in Israel einordnen zu können. Welche Begleitung gibt es durch Ärzte? Welche Stellung haben Hebammen? Welches Konzept von Schwangerschaftskonfliktberatung gibt es?

Aviad Raz: An der Popularität von Gentests können Sie sehen, dass eine schwangere Frau begleitet wird. Normalerweise erfährt sie die gesamte Schwangerschaft über eine sehr starke Begleitung durch medizinische Experten. Die Rolle der Hebammen ist nicht so ausgeprägt. Die deutliche Mehrzahl von Geburten erfolgt im Krankenhaus. Das wird vom Staat unterstützt. Denn es gibt eine Geldmenge, die Schwangere nach der Geburt bekommen können, wenn die Geburt unter medizinischer Aufsicht erfolgt ist.

Simone Ehm: Gibt es vorherrschende Modelle der Schwangerschaftskonfliktberatung?

Aviad Raz: Das Modell, das von israelischen Beratern und Genetikern gelehrt und praktiziert wird, folgt dem nordamerikanischen, nicht-direktiven Modell. Aber wie ich gezeigt habe, ist es in der Praxis eher direktiv.

Verina Wild: Sie sagten, dass in der israelischen Diskussion der Fötus keine Rolle als Interessensvertreter spielt, als würde es nicht um sein Wohlergehen gehen, sondern um die autonome Entscheidung der Eltern. Ich habe hier in Deutschland Interviewstudien mit schwangeren Frauen gemacht zur Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen. Und da spielte die Verant-

wortung für den Fötus eine große Rolle, auch als ich mit Ärzten gesprochen habe. Das Wohlergehen des Fötus wurde über alles gestellt, auch über das Wohlergehen der Frauen. Jetzt frage ich mich, ob sich unsere Ergebnisse grundsätzlich unterscheiden. Oder ob, wenn Sie Eltern befragt hätten, die auch mit so einem Verantwortungsgefühl begründet hätten, dass sie die pränatale Diagnostik durchführen und dann evtl. sogar den Fötus abtreiben.

Aviad Raz: Ich habe mich auf die Verhaltensweise von Eltern bezogen, wie sie in den israelischen Medien dargestellt wird. Ihre Frage kann unterschiedlich interpretiert werden. Es hängt davon ab, was die Eltern meinen, wenn sie Ihnen sagen, dass sie an das Wohl des Kindes denken. Sie können meinen, dass sie das Kind bekommen wollen, selbst wenn es genetische Indikationen aufweist. Weil sie meinen, dass das Leben auch mit Behinderung lebenswert ist. Aber sie können auch das Gegenteil meinen. Die israelischen Eltern haben ja den Reportern gesagt, dass das Wohlergehen des Kindes für sie bedeutet, dass es Leben gibt, das nicht lebenswert ist. Ob Sie den einen Standpunkt als gültiger als den anderen betrachten, das überlasse ich Ihrer Interpretation. Aber das ist sicher kulturabhängig, das zeigt unsere Studie.

Chayim Schell-Apacik: Es gibt einen großen Unterschied zwischen Israel und Deutschland. In Israel ist so genanntes »carrier screening« [d.h. genetische Tests, ob man genetischer Träger von Erbkrankheiten ist] akzeptiert und die meisten Menschen werden vor ihrer Heirat auf bekannte

genetische Störungen getestet. Es ist nicht überraschend, dass Mitglieder der ultraorthodoxen Gemeinschaft sich entscheiden, keinen Test zu machen, wenn sie bereits wissen, dass sie vielleicht Träger sind. Das reflektiert vielleicht auch auf die nicht-religiöse Bevölkerung, die Tests machen, weil sie wissen, ich bin ein Träger für diese oder jene Erkrankung. Und es wird ja nicht nur wegen einer Störung vor der Eheschließung getestet, z.B. Fragile X-Erkrankung usw. Diese Art von Trägerscreening wäre in Deutschland nicht möglich. Es gibt hierfür keine rechtliche Grundlage.

Aviad Raz: Das Trägerscreening wird in Israel hauptsächlich durchgeführt im Kontext von Tay-Sachs, insbesondere bei Angehörigen der Ashkenazi-Bevölkerung, und auch für Thalassämie bei einigen Bevölkerungsgruppen. Aber ansonsten gibt es keine allgemeinen, vom Staat unterstützten Programme. Sie haben sich auf das »Dor Yeshorim«-Programm bezogen. Ich denke nicht, dass die Ultraorthodoxen die Pränataltests nicht machen, weil sie bereits wissen, ob sie Träger sind. Es wäre korrekter zu sagen, dass sie keine Pränataltests machen, weil es nach der Halachah und dem jüdischen Gesetz schon zu spät wäre, die Schwangerschaft zu beenden.

Melanie Mordhorst: Ich wollte fragen, wie sich diese Ethik-Komitees in Israel zusammensetzen, die Sie in ihrer Studie befragt haben. Denn wenn es heißt, 17 von 20 Mitgliedern haben einen sehr liberalen Zugang – die Ergebnisse haben Sie auf die Säkularen bezogen, ich nehme aber an, dass diese Komitees für alle zuständig sind.

Aviad Raz: Dies sind keine Ethik-Ausschüsse. Das sind Krankenhaus-Ausschüsse, bestehend aus Ärzten, gewöhnlich Genetikern, Gynäkologen. Gewöhnlich sind das Männer und ein Sozialarbeiter, das ist gewöhnlich eine Frau. Sie setzen sich zusammen, um die Anträge auf Schwangerschaftsabbruch anzunehmen oder abzulehnen. Es ist kein Ethiker dabei, auch kein Religionsvertreter. Es wäre gegen das jüdische Gesetz, wenn man einem Schwangerschaftsabbruch auf Grund der Gesetze der israelischen Gesellschaft zustimmt. Das repräsentiert die Trennung zwischen den zwei Welten, der der säkularen und der der traditionellen, religiösen Gesellschaft. Gewöhnlich besteht solch ein Komitee aus drei bis vier Personen. Es gibt einen solchen Abtreibungsausschuss in jedem großen Krankenhaus in Israel. Die übergeordneten Ausschüsse haben gewöhnlich mehr Mitglieder, die kommen aus unterschiedlichen Krankenhäusern. Wer entscheidet die Zusammensetzung? Das Gesetz schreibt die Anzahl der

Personen und die vertretenen medizinischen Berufe vor. Der Vorsitzende, der auch eine übergeordnete Verwaltungsposition im Krankenhaus hat, entscheidet über diejenigen, die diese Rollen ausführen.

Carmel Shalev: Der Terminus heißt »klinisches Komitees«, die Zusammensetzung ist im Gesetz festgelegt und die übergeordneten Komitees werden vom Generaldirektor, einem hohen Beamten im Ministerium, festgelegt.

Gerald Hartung: Sie haben über das Konzept der Person gesprochen. Im philosophisch-theologischen und juristischen Sinne scheint es eine fundamentale Unterscheidung zwischen der Person im israelischen und im deutschen Recht zu geben. Vor allen Dingen, wenn wir hier der Ansicht sind, dass wir dem ungeborenen Leben schon den Status der Person zusprechen können, während im Recht Israels erst das geborene Leben im Status der Person zu sehen ist. Ich weiß aus der Wortgeschichte des Begriffes ‚Person‘, dass unser Rechtsbegriff ‚Person‘ religiöse Grundlagen hat, und ich wollte Sie fragen, ob der Rechtsbegriff, der in Israel gilt, auch religiöse Grundlagen hat. Der Begriff ‚Person‘ ist ja eine Übersetzung von ‚proson‘, und das ist die Übersetzung eines hebräischen Wortes, das ich leider nicht aussprechen kann. Es wird übersetzt mit ‚Antlitz‘. Luther hat »personam non accipit« übersetzt mit »ohne Ansehen der Person.« Da ist beides drin, der Anblick, jemanden zu sehen, und der Status der Person. Die Person ist eine soziale Rolle, die man ausfüllt, die man sozusagen sehen kann.

Aviad Raz: Ich denke nicht, dass die Definition einer Person nur nach der Geburt dem jüdischen Konzept entspricht. Wie wir heute gehört haben, ist die Auffassung, dass die Beseelung am 40. Tag nach der Befruchtung stattfindet. Es findet also eine graduelle Akkumulation von Persönlichkeit statt und der definitive Moment wird als der 40. Tag definiert. Aber auch ab dann ist das Kind noch im Leib der Mutter. Warum also diese Linie bis zur Geburt ausweiten? Ich weiß nicht genug, um diese Frage zu beantworten.

Silke Schicktanz: In der analytischen bioethischen Tradition ist der Personen-Begriff häufig an John Locke gebunden. Und dort steht nicht die phänomenologische Beziehung im Vordergrund, sondern bestimmte Eigenschaften wie Vernunftfähigkeit und Rationalität. Die Kritik vieler Bioethiker ist, dass der Personenbegriff nicht anwendbar ist für die Embryonenschutzdebatte. Man könnte argumentieren mit dem Menschen-

Begriff oder mit dem Würdebegriff, aber nicht mit dem Personen-Begriff.

Chayim Schell-Apacik: Ein Kind wird nach jüdischem Verständnis nur als Person bezeichnet, wenn es geboren ist. Nur wenn alle Teile des Kindes geboren sind, dann ist es wirklich eine Person. Ein Fötus, und ein Embryo wird als eine potenzielle Person betrachtet und wird mit der Geburt zu einer Person. Ich bin mir sicher, dass es dafür Quellen gibt.

Aviad Raz: Aber dann kommt die Frage auf, warum die meisten rabbinischen Autoritäten Abtreibung verbieten?

Chayim Schell-Apacik: Ein ungeborenes Kind ist geschützt, weil es potentiell eine Person ist.

Claudia Wiesemann: In Deutschland besteht die Möglichkeit, innerhalb der ersten zwölf Wochen abzutreiben, ohne die Angabe von Gründen. In Israel muss man eine Art objektiven Grund haben, wenn ich das richtig verstanden habe. Und zumindest in einem Großteil der Fälle werden genetische Gründe angegeben.

Sie haben sehr hohe Zahlen für den Schwangerschaftsabbruch in Israel angeführt. Ist das vielleicht ein künstliches Produkt? Ist es vielleicht so, dass ein Großteil der Frauen nur eine Amniozentese durchführt, weil sie eine Abtreibung anders nicht bekommen können? Wenn Sie dem nachgehen, wird die Genetisierung der Gesellschaft noch verstärkt durch diese Art von Abtreibungsgesetz.

Aviad Raz: Wo sehen Sie die Evidenz dafür?

Claudia Wiesemann: Ich habe es verglichen mit der deutschen Situation. Hier empfehlen Gynäkologen den Frauen, eine Amniozentese, wenn sie älter sind. Es gibt also die Technologie usw., die Gefahren sind da. Aber es gibt 120.000 Abtreibungen aus privaten Gründen, sage ich mal, und 3.500 Abtreibungen aus genetischen Gründen. Es ist also eine große Disproportionalität zu dem, was Sie in Israel beschreiben. Und man weiß nicht, was die Motive der Frauen sind, eine Amniozentese durchzuführen. Vielleicht ist ihnen Genetik egal, sie wollen nur eine Abtreibung.

Aviad Raz: Ich denke, dass Ihre Hypothese zu weit hergeholt ist: Dass diese Frauen eine Amniozentese durchführen, weil sie nach einem Grund für eine Abtreibung suchen, so eine Denkweise ist mir nie aufgefallen.

Claudia Wiesemann: Ich bin ganz Ihrer Meinung, dass es einen großen Druck gibt in Bezug auf die Genetisierung dieser Gesellschaft. Vielleicht ist es ein Paradox der Regulierung in Israel, das auch dies dazu beiträgt, denn nur Genetik ist ein wirkliches Argument für die Abtreibung.

Gabriele Weiß: Gibt es Untersuchungen, wie sich die Genetisierung oder Medikalisierung auf das Erleben von Schwangerschaft auswirkt? Was sind die Folgen für die Frauen, Paare, Familien und für die Gesellschaft?

Aviad Raz: Ich habe mit einer Dame gesprochen, die psychologische Studien durchführt bezüglich der Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs für die Frau und die Eltern. Da wurde gesagt, dass einige dieser Frauen Symptome von Stress entwickelt haben und teilweise auch PTSD.

Gabriele Weiß: Mir geht es um etwas ganz Einfaches. Ich habe das Gefühl, dass das Gefühl für die Normalität von Schwangerschaft verloren geht. Und ich wollte fragen, ob diese Befürchtungen berechtigt sind. Wie ist die Einstellung zur Schwangerschaft? Wie entwickelt die sich?

Aviad Raz: Ich denke, dass diese und andere Studien in der israelischen Gesellschaft an nicht-religiösen Frauen gezeigt haben, dass Schwangerschaften stärker medikalisiert werden, stärker genetisiert werden. Keine Tests zu machen oder eine Schwangerschaft ohne medizinische Beratung und Begleitung, wird als unverantwortlich angesehen.

Carmel Shalev: Frauen in Israel stehen heutzutage unter einem enormen Druck im Zusammenhang mit Schwangerschaft. Zum einen sind sie unter großem Druck, überhaupt schwanger zu werden, mindestens vier Mal, 3 plus, 3.8, okay. Diese Tests, die sie unternehmen müssen, um diese Verbindung erst einmal herzustellen, das schafft zum Zweiten eine große Unsicherheit und Befürchtungen im Bezug auf die Schwangerschaft. Das Dritte ist, dass die verantwortliche Elternschaft auch einen Imperativ impliziert, eine Infertilitäts-Therapie zu einem frühen Zeitpunkt zu beginnen. Andererseits gibt es Pränataldiagnostik und IVF, die zu multiplen Schwangerschaften mit Frühgeburten und langfristigen Gesundheitsfolgen für die Kinder führen. Ein Paradoxon dieser Situation.

Damit kommen wir zum Konsumismus, denn diese Frauen werden bombardiert mit Werbung für Tests, wo ihnen gesagt wird, dass sie, wenn

sie nicht diese Super-Mama sind, dafür verantwortlich sein werden, dass ihr Kind einen Defekt haben wird.

Zu den Schlupflöchern noch: Claudia, ich denke, dass dieses Szenario, das Sie angeführt haben, nicht realistisch ist. Diese Schlupflöcher bestehen nur für verheiratete Frauen. Wenn ich nicht verheiratet bin, kann ich eine Abtreibung haben. Wenn die Frau verheiratet ist, wird sie nicht auf die Amniozentese warten, um eine Abtreibung zu haben. Sie kann einfach sagen, das Kind sei nicht von ihrem Mann. Oder sie kann eine private Abtreibung vornehmen lassen.

Aviad Raz: Aber das ist sehr riskant, denn der Vater könnte es trotzdem herausfinden.

Carmel Shalev: Ich weiß, das ist nur Theorie. Und damit kommen wir zu dem Schweigen. Einer der Gründe ist der Datenschutz, es wird hier die Privatsphäre geschützt, d.h. es gibt die Befürchtung, dass diese Informationen herauskommen. Das passiert nicht, die ärztliche Schweigepflicht wird hier eingehalten. Aber es ist doch sehr interessant, wenn man andere Gesetzgebungen in angrenzenden Bereichen anschaut in Israel, z.B. das Gesetz zur Leihmutterchaft oder die letzte Richtlinie zur Geschlechterselektion. Die Art und Weise, in der diese Entscheidungen hier getroffen werden, da ist immer alles vertraulich, das scheint ein Muster zu sein in Bereichen wie diesen. Aber der Effekt ist natürlich, dass es nicht transparent ist und dass alles verschleiert wird. Sie haben den Konsumismus angesprochen, und bevor wir dieses Thema abschließen, würde ich gerne noch die Marktkräfte ansprechen. Könnten Sie uns einige Einschätzungen geben, wie der Markt in diesem Bereich funktioniert?

Aviad Raz: Natürlich gibt es viele Konsumtrends und Aktivitäten zu den pränatalen Tests. Ich habe das von meiner wissenschaftlichen Assistentin gehört. Sie hat vor kurzem geheiratet und sie hat von ihrer Krankenversicherung einen Brief bekommen mit herzlichen Glückwünschen zur Eheschließung. Weiter stand dort: »Sobald Sie schwanger werden, können die und die Tests durchgeführt werden. Wir können Ihnen jetzt acht oder neun oder zehn solcher Tests anbieten,

ein besonders günstiges Paket.« Es gibt also viel Konsumdenken und Werbung. Das erklärt aber nicht das Gesamtbild. Denn man kann ähnliche Marktkräfte wirken sehen in anderen, westlichen, entwickelten Ländern, in den USA z.B. gibt es ähnliche Konsumentengentests, aber sie finden nicht die gleiche Popularität.

Peter Joel Hurwitz: Ich denke nicht, dass die Amniozentese als Vorwand für Schwangerschaftsabbrüche gemacht wird. Das wird gewöhnlich gemacht im Alter ab 35, wenn die Fruchtbarkeit schon wesentlich geringer ist, die Frauen möchten unbedingt ihre Kinder behalten. Und sie wollen sicher sein, dass es keine ernste Missbildung gibt. Aber das Problem ist, es gibt keine Bestimmung zur Schwere des Defekts. Es muss eine genetische Störung sein und das muss auch wirklich erörtert werden, gerade im Bezug auf schwere Fälle. Ich war geschockt, dass ich das Wort gehört habe, »lebenswertes Leben«. Das erinnert an unsere nicht so ganz anständige Vergangenheit. Ich denke, man sollte das ernster nehmen, das sollte alles nicht so leicht sein.

Aviad Raz: Genau meine Meinung.

Abraham Steinberg: Könnten Sie etwas sagen zu illegalen Abtreibungen? Gibt es die in Israel, ist es ein größeres Problem, und ist die Anzahl gesunken im Vergleich zu den Zeiten, als die Vorschriften noch strenger waren?

Aviad Raz: Eine gute Frage, aber ich kann dazu nichts zu sagen, weil wir keine Daten haben über illegalen Abtreibungen.

Peter Joel Hurwitz: Weil es so leicht ist, legal abzutreiben, ist es nicht nötig, es illegal zu machen, weil es zudem eine Menge Geld kostet.

Carmel Shalev: Es gibt vielleicht zwei bis drei Fälle seit 1948, in denen Personen wegen illegaler Abtreibungen verfolgt wurden. Das waren meistens Leute, die keine medizinische Ausbildung hatten. Das sind Abtreibungen, die es immer noch gibt, und damit verdient man Geld. Es gab mal einen Fall wo es schief ging, und da wurden sie zur Verantwortung gezogen, aber das ist eine Politik des »ein Auge Zudrücken«.



II Leben beenden –

Ethische, religiöse und soziokulturelle Aspekte zum Umgang mit dem Lebensende

Andacht

*Von Dr. Erika Godel, Studienleiterin für interreligiösen Dialog,
Evangelische Akademie zu Berlin*

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

1. Die Nacht ist vorgedrungen, der Tag ist nicht mehr fern. So sei nun Lob gesungen dem hellen Morgenstern! Auch wer zur Nacht geweinet, der stimme froh mit ein. Der Morgenstern bescheinet auch deine Angst und Pein.

»Es gehört zu den großen Wohltaten Gottes, dass kein Mensch sich so sieht, wie er ist; auch wenn er sich im Spiegel erblickt, sieht er sich spiegelverkehrt« (Hans Urs von Balthasar, in: Das neue Buch, Luzern 1945, Heft 3, S. 43-46). Folgt man dieser Logik und gesteht sich ein, dass wir uns nicht einmal selbst so sehen können wie wir wirklich sind, wie viel weniger ist dann unserer Wahrnehmung anderer zu trauen? In der Spiegelung durch den Anderen wird Eigenes sich fremd. Und das hat zur Folge, dass Fremdes – und ich gebrauche dieses Wort im gegebenen Fall als Synonym für die Anderen – uns zuerst neugierig macht und in mancherlei Hinsicht bewundernswürdig und begehrenswert erscheint. Allein die Tatsache der Differenz, also das Anderssein des Anderen, führt dazu, weil sie mir die Gelegenheit gibt, mich darin zu spiegeln und so mich mir selber ansichtig zu machen. Gleichzeitig entsteht aber auch eine Dynamik, die darauf hinausläuft, das Andere, das Begehrte mir anzueignen, es mir einzuverleiben, die Differenz also aufzuheben. Dass es Differenz gibt und diese Differenz nicht nur zwischen Ich und Du, zwischen Einem und Anderem besteht, sondern im Innewerden dieser Differenz auch das Differente in mir zum Ausdruck kommt, ist etwas, was einem schon Angst machen kann.

Deshalb hat es Immer schon Geschichten gegeben, die diese Angst bannen wollten, weil sie im schlimmsten Fall zu Mord und Totschlag führt.

Zwei Beispiele dafür:

Sie kennen vielleicht die griechische Sage von Medea und Jason. In der literarischen Bearbeitung dieses Stoffes durch Christa Wolf in ihrem Roman »Medea« wird ausführlich geschildert, wie begehrenswert und zugleich schreckenerregend diese Frau war. Aufgrund ihrer Fähigkeiten als Priesterin ist sie für Jason und seine Argonauten die Personifizierung des Anderen und des Heiligen. Beides will Jason für sich haben und es gelingt ihm auch, Medea zur Frau zu nehmen, aber genau in dem Augenblick, in dem Jason hatte was er wollte, erlosch sein Begehren. Im heimatischen Korinth wird die fremde Frau dann schnell zur Außenseiterin und zur definitiv Anderen. Sie wird zur Projektionswand aller Ängste der einheimischen Bevölkerung, selbst da noch, wo sie mit ihren heilenden Fähigkeiten Gutes tut. Der Roman von Christa Wolf endet dann etwas anders als der Mythos damit, dass sich die korinthische Bevölkerung an der Anderen für ihr Anderssein rächt, indem sie die Kinder der Medea tötet und nicht sie selbst.

Die biblische Geschichte von Kain und Abel ist nach einem vergleichbaren Muster gestrickt: Kain bewundert seinen Bruder Abel, weil der etwas hat, was er nicht hat, nämlich die Zuwendung des ganz Anderen, die Zuwendung Gottes. Für Kain wird Abel zu einer Personifizierung der Nähe des ganz Anderen. Die ist Kain unheimlich und er empfindet plötzlich eine unendlich Differenz zwischen sich und seinem Bruder, zu der ihm nichts anderes einfällt, als der Versuch sie gewaltsam zu beseitigen. Er tötet seinen Bruder Abel.

Im Unterschied zum griechischen Mythos hört die biblische Geschichte nicht mit der Beschreibung des Mordes und der Motive, die dazu geführt haben, auf, sondern macht uns deutlich, dass ein solcher Mord keine Lösung ist, weil sie nicht wirklich eine Aufhebung der Differenz ist, sondern diese nur verschärft.

Müssen wir demnach mit der Differenz leben? Ja, und als Christen können wir das auch, weil nach christlichem Verständnis der den Glauben und alles andere schaffende Gott immer wieder alles überholt, was uns ganz und gar unveränderlich

vorkommt und quasi naturgegeben erscheint, oder auf das wir uns einfach nur verständigt haben. Die einzige Differenzierung die für Christen unaufhebbar ist, ist die zwischen dem, was Gott tut, und dem was Menschen tun.

»Nun«, wollen sie jetzt vielleicht einwenden »Was nutzt uns diese Einsicht in Bezug auf konkrete Unterschiede in bioethischen Fragen? Ich meine: Das unerschütterliche Festhalten am Gedanken der einzig unüberwindbaren Differenz befreit vor jeglicher Überheblichkeit und Sicherheit gegenüber den Einsichten, die man aus dem je eigenen Glauben gewinnen kann. Biblischer Schöpfungsglaube gemäß dem Alten und Neuen Testaments ermöglicht, ermutigt und drängt dazu, um die Wahrheit zu streiten. Aber wer glaubt und bekennt, dass Gott allein der Weg und die Wahrheit ist, der weiß, dass wir zu unserer Selbstsicht, auf die Ansichten anderer angewiesen sind, weil nur diese uns bei unseren Einsichten voranbringen

können. Ich wünsche ihnen, dass diese Tagung sie auf dem Weg zu dieser Erkenntnis voranbringen möge.

»Wir wissen nicht den Sinn, das Ende. Doch der Beginn ist offenbar.
Nichts ist, was nicht in deine Hände am ersten Tag beschlossen war.
Und leben wir vom Ursprung her, bedrückt uns keine Zukunft mehr.
In allen Ängsten unseres Handelns siegt immer noch dein ewiger Plan.
In allen Wirren unseres Wandels ziehst du noch immer deine Bahn.
Und was wir leiden, was wir tun: Wir können nichts als in dir ruhn.«
(Jochen Klepper)

Und der Friede Gottes, welcher höher ist als alle Vernunft, bewahre ihre Herzen und Sinne
Amen



Medizinische Möglichkeiten am Ende des Lebens – Eine Einführung in den deutsch-israelischen Dialog

Von Simone Ehm, Studienleiterin Ethik in den Naturwissenschaften,
Evangelische Akademie zu Berlin

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Zum Einstieg in unsere Thematik möchte ich Ihnen einen Überblick zu den medizinischen Möglichkeiten am Ende des Lebens in Deutschland und Israel geben.

Die Ausführungen zur Situation in Deutschland sind zum Teil ausführlicher. Unsere israelischen Experten werden das Bild zur Lage in Israel sicherlich im Rahmen ihrer Vorträge und unseren Diskussionen vervollständigen.

Dort, wo die moderne Hochleistungsmedizin nicht mehr heilen kann, natürliche Todesursachen aber immer häufiger ausschließt, scheint der Mensch selbst stärker gefragt zu sein, über sein Ende zu verfügen. Vor dieser Situation stehen wir in Deutschland wie in Israel. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen darüber, wie Menschen sterben möchten. In vielen Haltungen spiegelt sich eine Aussage Rilkes wider: »Helfen sie mir zu meinem Tod, ich will nicht den Tod der Ärzte (...)« (vgl. Geisler 2003: 1-2).

Dies ganz vorweg – Worum soll es nun in dieser Einführung gehen?

Unverzichtbar erscheinen mir zu Beginn unserer deutsch-israelischen Diskussion einige Begriffsbestimmungen. Es folgen Anmerkungen zur aktuellen Rechtslage. Schließlich möchte ich als Anregung für die weitere Diskussion Schlaglichter auf die Debatten um Sterbehilfe in Deutschland und Israel werfen.

Zu den Begrifflichkeiten (vgl. Grüber/Nicklas-Faust 2005; Hillebrand/Weiffen 2007):

Unter Sterbehilfe kann zum einen Hilfe *im* Sterben, d.h. Sterbebeistand oder Sterbebegleitung, verstanden werden. Zu einer solchen Begleitung gehören schmerzlindernde Behandlung, ange-

messene Pflege, psychische, soziale und spirituelle Begleitung.

Zum anderen kann Sterbehilfe im engeren Sinne Hilfe *zum* Sterben meinen. Sterbehilfe ist dann zu verstehen als » ... das Töten oder Sterbenlassen eines sterbenden, schwer kranken oder leidenden Menschen aufgrund seines eigenen ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens oder Interesses« (Hillebrand/Weiffen 2007). In dieser Diskussion wird i. d. R. zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe sowie Beihilfe zum Suizid differenziert.

Unter *passiver Sterbehilfe* ist der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen unter Beibehaltung von Grundpflege und schmerzlindernder Behandlung zu verstehen.

Indirekte Sterbehilfe meint die Inkaufnahme einer Lebensverkürzung durch eine notwendige z.B. schmerzlindernde Behandlung.

Von *Beihilfe zur Selbsttötung* wird gesprochen, wenn eine Hilfeleistung zur Selbsttötung (z. B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments) vorliegt.

Aktive Sterbehilfe schließlich meint die absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todes.

Soweit ich die Debatte in Israel verfolgt habe, ist dies auch dort eine gängige Unterscheidung der verschiedenen Formen von Sterbehilfe.

Patientenverfügungen schließlich können definiert werden » ...als Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen medizinischen Behandlung für den Fall eigener Nicht-einwilligungsfähigkeit« (Grüber/Nicklas-Faust 2005: 11).

Nach diesen Begriffsbestimmungen möchte ich Ihnen einen Überblick zu den rechtlichen Regelungen in Deutschland und in Israel geben (vgl. BÄK 2004; BGH 1984, Grüber/Nicklas-Faust 2005; Hillebrand/Weiffen 2007; Landgericht Ravensburg 1987; Ravitsky 2006; Simon 2005; Steinberg-Kommission 2002).

In Deutschland tangiert Sterbehilfe in erster Linie Bestimmungen der Strafgesetzgebung sowie (so weit es um ärztliches Handeln geht) das ärztliche Standesrecht.

Darüber hinaus sind Gerichtsentscheide, die die herrschenden Rechtsauffassungen widerspiegeln, zu berücksichtigen

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland, auch wenn sie nach Verlangen des Betroffenen erfolgt, verboten (§216 Strafgesetzbuch, Tötung auf Verlangen). In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wird aktive Sterbehilfe als »unzulässig und mit Strafe bedroht« (BÄK 2004: 1298) abgelehnt.

Auch in Israel ist aktive Sterbehilfe nach dem dort geltenden israelischen Gesetz verboten.

Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland nicht strafbar, da der Suizid nach deutschem Recht kein Straftatbestand ist. Es wird allerdings geprüft, ob andere Straftatbestände wie Unterlassene Hilfeleistung oder Totschlag vorliegen.

In Israel ist die Beihilfe zum Suizid dagegen nach israelischem Gesetz verboten.

Indirekte Sterbehilfe ist sowohl nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in Deutschland, als auch laut Gesetzestext der Steinberg Kommission in Israel zulässig.

Passive Sterbehilfe wirft hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen die meisten Fragen auf. Sie ist im Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, jedoch durch höchstrichterliche Entscheidungen geklärt. So urteilte der BGH 1984: »Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis«. Dabei wird in der deutschen Rechtsprechung kein Unterschied zwischen der Nichtaufnahme und dem Abbruch einer Behandlung gemacht (Landgericht Ravensburg 1987). Passive Sterbehilfe muss mit wenigstens mutmaßlicher Einwilligung der Person erfolgen, sonst ist sie als Tötung durch Unterlassen strafbar.

In Israel ist die passive Sterbehilfe im Sinne einer Unterlassung einer ärztlichen Behandlung bei einem unheilbar kranken Patienten u. U legal. Verboten ist jedoch das Abbrechen einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung, wenn die Unterbrechung zum Tod führt. Auf die Unterscheidung zwischen dem Absetzen und dem Un-

terlassen einer Behandlung werde ich im Folgenden noch näher eingehen.

Zu *Patientenverfügungen* gibt es in Deutschland zur Zeit im Bürgerlichen Gesetzbuch keine explizite gesetzliche Regelung. In der Rechtswissenschaft überwiegt jedoch die Auffassung, Patientenverfügungen grundsätzlich für verbindlich anzusehen oder zumindest als stark zu beachten. Des Indiz bei der Ermittlung des Patientenwillens zu betrachten.

In Israel ist die Anerkennung von Patientenverfügungen unter dem Stichwort Medizinische Willensverfügungen gesetzlich geregelt.

Soweit meine Anmerkungen zur Rechtslage. Im Folgenden möchte ich als Einführung in unsere Diskussion kurze Schlaglichter auf zentrale Aspekte in der deutschen und israelischen Debatte um Sterbehilfe werfen (vgl. Simon 2005; Amidror/Leavitt 2005). Ich nenne Ihnen ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige mir wesentlich erscheinende Punkte.

1. Sterbehilfedebatte in Deutschland

Tabuthema Sterbehilfe

Das Euthanasiekonzept wurde von den Nationalsozialisten als Rechtfertigung für die Tötung von geistig und körperlich beeinträchtigten Menschen missbraucht.

Dies macht in Deutschland bis heute nicht nur die Debatte über Sterbehilfe schwierig, sondern kann paradoxerweise sogar für die späte Entwicklung des Hospizwesens und der Palliativmedizin mitverantwortlich gemacht werden.

Obwohl die Diskussion über Sterbehilfe offener geworden ist, hat sie bis heute einen mehr oder weniger theoretischen Charakter. So fehlen für eine angemessene öffentliche und fachliche Auseinandersetzung noch immer genauere statistische Daten über medizinische Möglichkeiten und Entscheidungen am Ende des Lebens.

Sterbebegleitung statt Sterbehilfe

Nachdem die Palliativmedizin viele Jahre lang vernachlässigt wurde, nimmt die Diskussion über Defizite in der Versorgung Sterbender und notwendige Verbesserungen in der Palliativmedizin zunehmend mehr Raum ein. Es wird deutlich benannt, dass das Angebot stationärer Hospiz- und Palliativstationen noch lange nicht bedarfsdeckend ist und dass in Krankenhäusern und

Pflegeheimen häufig Zeit und Geld für gute Sterbebegleitung fehlen. Auch ist weitgehend erkannt, dass beim Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Strukturen noch größerer Nachholbedarf als im stationären Bereich herrscht.

In der Praxis sind nach und nach Verbesserungen im Ausbau der Strukturen für Sterbebegleitung zu beobachten.

Aktive Sterbehilfe?

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland wie bereits erwähnt gesetzlich strikt verboten. Von Zeit zu Zeit kommen jedoch Diskussionen über ihre ethische Zulässigkeit auf.

Auslöser waren in der Vergangenheit extreme Einzelfälle wie die Diskussion über Terri Shiavo, Entscheidungen in anderen Ländern oder aber die Aktivitäten des Schweizer Vereins für Sterbehilfe Dignitas.

Vor dem Hintergrund heftigster Reaktionen unter Gegnern und Befürwortern und einem medialen Großinteresse sind sachliche Diskussionen oft kaum möglich.

Gesetzliche Regelungen

Ein letzter Aspekt, den ich nennen möchte, ist die Diskussion um die Frage, ob wir im Bereich medizinischer Entscheidungen am Ende des Lebens mehr *gesetzliche Regelungen* brauchen. Hier gibt es z. B. bezogen auf Patientenverfügungen eine kontroverse Diskussion: So sprechen sich u.a. Ärzteverbände gegen eine gesetzliche Regelung aus. Situationen am Ende des Lebens seien komplex und individuell und es sei fraglich, ob weitere Gesetze nicht auch weitere Verunsicherungen in der Praxis hervorrufen. Die Mehrheit der gesellschaftlichen Gruppen / Interessenverbände dagegen befürwortet eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung, um die Selbstbestimmungsrechte der Patienten zu stärken. Zu nennen sind hier z. B. Politiker, Patienten- und Hospizvertreter.

Bei den Schlaglichtern auf die Debatte in Israel habe ich einige Punkte ausgewählt, die mir bei der Lektüre von Fachtexten auffielen. Es wird sicher besonders interessant sein zu vergleichen, ob unsere israelischen Experten diese Punkte als zentrale Aspekte in der israelischen Debatte betonen.

Synthese zwischen jüdischen und demokratischen Wertvorstellungen

Israel definiert sich im Grundgesetz als jüdisch-

demokratischer Staat. Insbesondere in Fragen von hohem ethisch-moralischen Stellenwert versucht Israel, jüdische und demokratische Wertvorstellungen zusammen zu bringen. Bezogen auf die Diskussion über medizinische Möglichkeiten am Lebensende bedeutet dies zugespitzt eine Abwägung zwischen der religiösen Vorstellung der Heiligkeit des Lebens auf der einen Seite und den demokratischen Vorstellungen einer individuellen Autonomie des Menschen auf der anderen Seite.

Absetzen einer Behandlung versus Unterlassen einer Behandlung

Die Diskussion über das Absetzen einer Behandlung gegenüber der Unterlassung einer Behandlung nimmt in Israel m. E. wesentlich mehr Raum ein als in Deutschland. In Israel darf eine kontinuierliche medizinische Behandlung nicht abgebrochen werden, wenn sie zum Tod des Patienten führen würde. Dagegen dürfen zeitlich begrenzte Behandlungen unterlassen werden (Reanimation, Chemotherapie, OP).

Eine kontinuierliche medizinische Behandlung betrifft hauptsächlich künstliche Beatmung mit Respirator. Diese künstliche Beatmung lässt sich nach einem Vorschlag der Steinberg Kommission u. U. mithilfe einer Zeitschaltuhr von einer kontinuierlichen in eine zeitlich begrenzte Behandlung überführen.¹

Sterbebegleitung statt Sterbehilfe

Ähnlich wie in Deutschland wird in Israel in der Debatte um medizinische Möglichkeiten am Ende des Lebens betont, dass palliativmedizinische Maßnahmen zu fördern und auszubauen sind. Dies setzt den Ausbau von ambulanten und stationären Hospizen und Palliativstrukturen wie die verbesserte Aus- und Fortbildung in der Palliativmedizin voraus.

Soweit kurze Schlaglichter auf die Debatte in Deutschland und Israel. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt auf unsere Diskussionen.

Literatur:

Amidror, T. / Leavitt, F.J. (2005): *End-of-Life Decision Making in Israel*. In: Blank, R.H. / Merrick, J. C. (Hrsg.): *End-of-Life Decision Making. A cross-National Study*. London: MIT Press, S. 97-107.

Bundesärztekammer (2004): *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Deutsches Ärzteblatt, 101, A1298-1299.
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf> (22.01.08)

Bundesgerichtshof (1984): Urteil vom 4.7.1984. NJW 1984, S. 2639ff.

Geisler, L. S. (2003): *Jeder Mensch stirbt anders. Arzt-Patienten Kommunikation am Lebensende. Vortrag anlässlich des 4. Friedrichshainer Gesprächs, veranstaltet vom Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) am 2. April 2003 in Berlin.* <http://www.linus-geisler.de/vortraege/dd/030402lebensende.pdf> (22.02.08)

Grüber, K. / Nicklas-Faust, J. (2005): *Patientenverfügungen. Eine allgemeine Erläuterung zum Thema Patientenverfügung und ein Vergleich verschiedener Stellungnahmen und Regelungsvorschläge. Im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.* Berlin: Bündnis 90/Die Grünen, Bundestagsfraktion.

Hillebrand, I. / Weiffen, M. (2007): *Blickpunkt Sterbehilfe. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in der Medizin.* <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe?zid=print> (22.02.08)

Landgericht Ravensburg (1987): Urteil vom 03.12.1986, NSTZ 1987, 229.

Ravitsky, V. (2006): *Sterben in Würde in einem jüdisch-demokratischen Staat.* In: Hurwitz, P.; Picard, J., Steinberg, A.

(Hrsg.): *Jüdische Ethik und Sterbehilfe. Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer, philosophischer und juristischer Beiträge.* Basel: Schwabe Verlag: 97-108.

Simon, A. (2005): *End-of-Life Decision Making in Germany.* In: Blank, R.H. / Merrick, J. C. (Hrsg.): *End-of-Life Decision Making. A cross-National Study.* London: MIT Press: 61-78.

Steinberg-Kommission (2002): *Bericht der öffentlichen Kommission betreffend den Patienten am Lebensende.* In: Hurwitz, P. / Picard, J. / Steinberg, A. (Hrsg.): *Jüdische Ethik und Sterbehilfe. Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer, philosophischer und juristischer Beiträge.* Basel: Schwabe Verlag: 189-219.

Anmerkung:

¹ Zur Unterscheidung zwischen dem Absetzen und dem Unterlassen einer Behandlung vgl. Steinberg-Kommission 2002: 200-201.



Religiöse Argumente in der Sterbehilfedebatte in Deutschland

Von Prof. Dr. Reiner Anselm, Theologische Fakultät, Universität Göttingen

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Im Protestantismus gibt es, anders als etwa in der römischen Kirche in Gestalt des Lehramts, keine starke Zentralinstanz. Darum kann es auch nicht *die* Position des Protestantismus geben, sondern eine Vielzahl von Argumentationsmustern und Abschattungen. Im öffentlichen Diskurs kommt allerdings der Evangelischen Kirche in Deutschland ein – über den Art. 5 der Grundordnung der EKD pragmatisch, nicht theologisch begründeter Primat zu, und darum konzentriere ich mich zunächst auf die Position, die von der Evangelischen Kirche in Deutschland in den letzten Jahren herausgearbeitet worden ist.

Angesichts der unklaren Aussagen in der Schrift, angesichts auch des unzweifelhaften Spielraums im Blick auf den Schutz menschlichen Lebens in der protestantischen Tradition ist es vor allem ein schöpfungstheologisches Argument, das die EKD in den Mittelpunkt ihrer Argumentation rückt: So heißt es in der bereits angesprochenen jüngsten Erklärung des Rates der EKD in Übereinstimmung mit älteren Stellungnahmen: »Nach christlicher Überzeugung gilt, dass über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht frei verfügt werden darf, sondern dass Gott allen Dingen ihre Zeit bestimmt hat. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen.« Dementsprechend unterscheiden sich die vielfältigen kirchlichen Reaktionen und Verlautbarungen mitunter im Ton, nicht aber in der Sache: Man setzt sich vehement für eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung ein, lehnt aber jede Form der aktiven Sterbehilfe ab.

Gottes Schöpfung und Vorsehung beschränken die Möglichkeiten menschlichen Handelns und geben ihr einen bestimmten Richtungssinn vor. Dementsprechend votiert der Rat der EKD auch dafür, im Zweifelsfall dem Fürsorgeaspekt höhere Bedeutung beizumessen als dem Aspekt individueller Freiheit: Die strikte Ablehnung der Sterbehilfe soll frühzeitig ein Bollwerk aufbauen ge-

genüber möglichen gesellschaftlichen Tendenzen, auf schwer Kranke Druck auszuüben, doch möglichst früh aus dem Leben zu scheiden und so niemandem zur Last zu fallen; mehr noch: sie soll auch die Einzelnen vor sich selbst und der verkehrten, weil sich gegen das eigene Leben wendenden Selbstbestimmung schützen.

Nun wird man der Grundrichtung dieser Argumentation ja durchaus zustimmen können, allerdings zeigt eine nähere Betrachtung schnell die Unabgeglichenheiten dieser Position – und zwar durchaus im Blick auf deren religiöse bzw. theologische Begründung. Ich nenne hier – exemplarisch – nur die wichtigsten Gesichtspunkte:

- Das schöpfungstheologische Argument operiert mit einem Kategorienfehler: »Zwar ist nach biblischem Verständnis Gott allein Herr über Leben und Tod. Aber das Handeln Gottes und dasjenige des Menschen sind kategorial ebenso voneinander zu unterscheiden wie aufeinander zu beziehen.«¹ Denn die Pointe der biblischen Schöpfungsaussagen liegt gerade in der Unterscheidung zwischen Gott und Welt und in dem Beharren auf der *Endlichkeit* des Menschen. Das bedeutet aber auch, dass die Herausforderung darin besteht, erst herauszuarbeiten, was der »Mehrwert« der schöpfungstheologischen Argumentation für die konkrete Handlungsorientierung darstellt.
- Überspielt man diese kategoriale Differenz, gerät man in große Plausibilitätsschwierigkeiten bzw. in ein neues Konfrontationsverhältnis zum Common Sense: Natürlich ist die Entstehung neuen Lebens ein Wunder. Aber dennoch darf darüber der ja sehr konkrete Anteil menschlichen Handelns nicht aus dem Blick geraten. Auf der anderen Seite handelt man sich große argumentative Probleme ein, wenn man jeden Todesfall als Folge der göttlichen Providenz klassifizieren möchte: Soll das etwa auch für den Unfalltod eines Kindes, für den Krebstod während der Schwangerschaft oder für den Tod bei Naturkatastrophen gelten?
- Wie ist die Fokussierung auf das diesseitige Leben – so wichtig und schützenswert dies ist – kompatibel zu dem neutestamentlichen Verständnis des Lebens, wie es etwa im Johannesevangelium zum Ausdruck kommt: Dieses stellt heraus, dass das wahre Leben allein in der Person Jesu Christi aufscheint und dabei

in unübersehbaren Kontrast steht zu allen Vorstellungen eines bloß irdischen Lebens.

- Schließlich: Wie lässt sich vermeiden, dass in dieser Zuordnung von menschlichem und göttlichem Handeln die Menschen nur zu Marionetten Gottes, die durch die Hand der Kirche geführt werden, degradiert werden? Gehört nicht zu den unaufgeblichen Identitätsmerkmalen des evangelischen Glaubens die Überzeugung, dass der Glaube immer nur *fides specialis* sein kann, dem die Aktivitäten der Kirche nur unterstützend zugeordnet sind? Statt dessen wird hier Freiheit der Fürsorge untergeordnet.

Gerade nun dieser letztgenannte Aspekt ist für die Interpretation der von der EKD vertretenen Argumentationslinie wegweisend: In den entsprechenden Stellungnahmen wird nahezu ausnahmslos der Gedanke der Fürsorge über den der individuellen Freiheit gestellt. Damit aber reißen sich diese Stellungnahmen ein in ein vertrautes Argumentationsmuster im Bereich gerade des deutschen Protestantismus: Gerade der lutherische Protestantismus neigt dazu, die regulierende Funktion des Staates stark zu betonen.

Fragen der Ethik werden dadurch fast ausschließlich so thematisch, dass sich die entsprechenden Stellungnahmen an den Gesetzgeber richten, doch für entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen zu sorgen. Um dabei aber dem Sachverhalt gerecht zu werden, dass der Staat selbst keineswegs in allen Fällen die Verkörperung des Guten darstellt, wird dessen Handeln an die Formulierung entsprechender Leitsätze seitens der Kirche gebunden. Diese Herangehensweise bedeutet zugleich, dass die Fragen der Ethik zuvörderst in einer sozialetischen Perspektive in den Blick kommen. Die individualetische Fragestellung verkürzt sich oftmals darauf, dass der Einzelne sich in diese vorgegebenen Strukturen einfügen hat. Das vormoderne Freiheitsverständnis, das Freiheit im Wesentlichen als Qualität des inneren Menschen angesehen hatte, während der äußere Mensch in seinem Sozialverhalten sich vorrangig in die Strukturen der ihn umgebenden Ordnung einfügen habe, die wiederum den ordnenden Willen Gottes repräsentiere.

Fragt man vor diesem Hintergrund nach den religiösen Argumenten in der Sterbehilfedebatte in Deutschland, so wird man zu konstatieren haben, dass sich die Argumentation gar nicht auf bestimmte Handlungspraktiken richtet, sondern vielmehr auf eine bestimmte Weltsicht bzw. ein bestimmtes Verhältnis menschlicher Freiheit und

staatlicher Ordnung gebunden bleibt. Dabei bleibt freilich offen, welche Bedeutung diesen Argumentationsmustern unter den Bedingungen der Gegenwart zukommen kann.

Zur der theologischen Konsistenz der Argumentation ist nicht mehr allzu viel zu sagen, die Problemlinien habe ich soeben bereits skizziert. Hervorzuheben ist gerade im Kontext dieser Tagung nur, dass andere protestantische Kirchen, etwa der Schweizer evangelische Kirchenbund, auf Grund eines anderen Staatsverständnisses durchaus zu anderen Schlussfolgerungen gelangt und dabei auch die aktive Sterbehilfe als eine letzte Möglichkeit in Betracht zieht. Dabei kommt der Schweizer Kirchenbund zu dieser Einschätzung, weil festhält, »in jeder individuellen Situation müssen die drei zentralen Aspekte, Schutz des von Gott gewollten Lebens, Fürsorge für den Nächsten und das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen bedacht und abgewogen werden. Keines dieser drei Prinzipien darf auf Kosten eines anderen absolut gesetzt werden. Es ist nicht möglich, allgemeingültige Regeln aufzustellen, die allen Situationen von Schmerz, Leiden und Verzweiflung gerecht werden.«² Diese Problematik steht natürlich auch den Verantwortlichen für die EKD-Stellungnahmen vor Augen, allerdings hindert sie der generalpräventive Zugang daran, eine solche situationsethische Zugangsweise zu wählen. Dabei bleibt allerdings unberücksichtigt, dass das Sterben den Akt allerhöchster Individualität darstellt, den Akt, in dem wir durch niemanden vertreten werden können. Es wäre im Interesse der Sterbenden, aber auch im Interesse der inneren Konsistenz einer theologischen Position, die genau auch auf die Individualität des Glaubens setzt, wünschenswert, wenn dieser generalpräventive Aspekt zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgenommen würde. Dabei müsste sodann das Verhältnis von diesseitigem und jenseitigem Leben näher geklärt werden, aber auch die Korrelation von Gottes Handeln und menschlicher Freiheit genauer in den Blick genommen werden.

Schließlich stellt sich die Frage, welche Geltungskraft solche Argumente in einer öffentlichen Debatte beanspruchen können – und zwar unabhängig von der hier nicht weiter zu diskutierenden Frage, welche Geltung religiöse Argumente überhaupt in einem weltanschaulich neutralen Staat beanspruchen können. Dabei gilt zunächst, dass das den Stellungnahmen zu Grunde liegende Verständnis von menschlicher Freiheit, die sich vornehmlich in ihren destruktiven Tendenzen zeigt, zumindestens nicht als selbstverständlich

gültig vorausgesetzt werden kann und einer stärkeren Begründung bedürfte. Dabei müsste argumentativ aufgewiesen werden, wie die Zurückweisung individueller Freiheit auch im Blick auf den eigenen Körper kompatibel gehalten werden kann mit der Architektur moderner, grundrechtsbasierter Verfassungen, die gerade die Freiheit des Individuums und vor allem auch die vom Staat zu respektierende Grenze des eigenen Körpers in den Mittelpunkt ihrer Gesellschaftsordnung stellen. Denn selbstverständlich gebührt der eigenen Leiblichkeit staatlicher Schutz – aber nur gegenüber den Übergriffen anderer auf meinen Körper. Aus diesen Schutzrechten kann keine Lebenspflicht abgeleitet werden.

Nach einer eigenen, für das Land Thüringen repräsentativen Umfrage zur Sterbehilfe gibt es nur einen Faktor, der sich signifikant dämpfend auf die auch dort hohe Zustimmung zur Sterbehilfe auswirkt: Der Glaube an eine religiöse Sinndimension, die unsere Wirklichkeit überschreitet. Das ist distinkt zu unterscheiden von einer Ak-

zeptanz kirchlicher Wert- und Moralvorstellungen, die hier keinen Einfluss haben. Aber offenbar fällt es dann leichter, auch dem Leiden einen Sinn zu geben, wenn man davon ausgeht, dass das nicht das letzte Wort darstellt. In dieser Richtung sollten in meinen Augen die Kirchen ihr Engagement verstärken, nicht aber im Blick auf den Ruf nach dem Gesetzgeber.

Anmerkungen:

¹ Verantwortung für das Leben. Eine evangelische Denkschrift zu Fragen der Biomedizin. Im Auftrag des Evangelischen Oberkirchenrats A. und H.B. der Evangelischen Kirche A. und H.B. in Österreich erarbeitet von Ulrich H. J. Körtner in Zusammenarbeit mit Michael Bünker, Wien 2001, Ziff. 3.1.2

² Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Presseerklärung zur Veröffentlichung der Stellungnahme »Das Sterben Leben«, 22.11.2007: http://ite.ch/medien/communiqués/nn_communique/2007/071122-das-sterben-leben.html (27.03.2008); vgl. auch ders.: Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive, Bern 2007, 14-19, bes. 18f. 

Diskussion zum Vortrag von Prof. Dr. Reiner Anselm

Simone Ehm: (...) Folgt aus Ihrer Argumentation, aus Ihrer theologischen Überlegung, dass wir aktive Sterbehilfe in Ausnahmefällen gesetzlich zulassen sollten? (...)

Reiner Anselm: Ob wir sie grundsätzlich vollständig zulassen sollten, da bin ich unschlüssig, weil ich einen gewissen generalpräventiven Aspekt nicht leugnen kann. Aber mir schiene es im Hinblick auf die aktive Sterbehilfe, auch auf die Problemlage, angemessen, den nach langer Suche gefundenen Kompromiss aus der Abtreibungsdebatte zu übertragen und zu sagen: Wir erachten das als rechtswidrig, stellen es aber straffrei bei Vorliegen hochrangiger, individueller Rechtfertigungsgründe.

Claudia Wiesemann: (...) Ich habe eine Frage, die die Differenzierung zwischen assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe betrifft. In der Debatte wird in letzter Zeit in der Öffentlichkeit beides (...) unter einem Oberbegriff zusammengefasst. Beides fungiert als aktive Sterbehilfe. Ich glaube, Sie hatten eben in Ihrem Vortrag auch diese Assoziation. Mich wundert das, weil es doch einen großen Unterschied ausmacht, ob ich selbst entscheide, dass ich aus dem Leben scheide – die Zulässigkeit des Suizids in Deutschland ist 250 Jahre alt – oder ob jemand anders mich, mit noch so guten Motiven, aus dem Leben scheiden lässt. Ich wüsste gerne, wie ist eigentlich die Position zum Protestantismus zur Beihilfe zum Suizid?

Der Unterschied zur echten aktiven Sterbehilfe scheint dabei auch darin zu liegen, dass es bei der echten aktiven Sterbehilfe noch einmal ganz stark um die professionelle Ethik des Arztes geht. Darf in seinem Handeln das intentionale Herbeiführen des Todes eines Patienten enthalten sein?

Reiner Anselm: Man kommt doch mit der Unterscheidung eigentlich am besten weiter, wenn man sich überlegt, so wie Sie es jetzt auch gemacht haben in Ihrem Beitrag: An welchem Normalhandlungsmodell ist das eigentlich orientiert? (...) Und der Normalweg, den der Protestantismus einschlägt, ist dieser des »Sterben als Geschick«. Eigentlich soll die Sache in dem natürlichen, und dann von Gott gegebenen Prozess laufen. Jeder, der da eingreift, darf, wenn überhaupt, nur eingreifen in kleinen Optimierungsweisen. Aber er darf sich nicht grundsätzlich gegen die Richtung entscheiden.

Mathematisch würden man wahrscheinlich sagen: Es muss ein stetiger Prozess bleiben, der darf keine Sprünge haben.

Die Frage der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid scheint mir anders strukturiert zu sein, da geht es nämlich um die Frage, soll man das an der Vorstellung orientieren, was ein Arzt zu tun hat? Und da sagt man ganz klar, nein, die Aufgabe des Arztes ist es, Leben zu erhalten, nicht Leben zu beenden. Und wenn man das so formatiert, dann kann man im Grunde gar nicht anders als zu sagen: Nein, ärztlich verabreichte oder ausgeübte Sterbehilfe, das ist einfach nicht mit dem Normalfall vereinbar, und deswegen wird er rechtlich ausgeschlossen.

Jetzt ist der assistierte Suizid ein schwieriger Punkt, da drückt man sich auch ein bisschen drum, weil es im Protestantismus eigentlich, wie auch in der abendländischen Philosophie, keine einheitliche Stellungnahme zum Selbstmord gibt. Das ist ganz, ganz kontrovers. Und wir haben uns eigentlich drauf verständigt, zu sagen, Suizid ist straffrei und auch moralisch nicht verwerflich, aber es geht immer so hin und her. Und weil man das nicht genau weiß, sind dann auch die Nebentatbestände ein Problem. (...) Aber ich glaube die Unterscheidung, und auch die Logiken lösen sich dann auf, wenn sich den Normalfall vor Augen führt, was da eigentlich das Paradigma ist, was im Hinterkopf steht. Was ja völlig unstrittig ist, sowohl im politischen, wie im kirchlichen und ethischen Dialog, ist, dass die gegen den Willen eines anderen erfolgende, gezielte Tötung Mord ist. Das wird dann mitunter mit diesen schwierigen Formen der aktiven Sterbehilfe und auch mit diesem Überschneidungsbereich ein bisschen zugekleistert.

Katrin Grüber: Länger nachdenken würde ich noch mal über diese Schicksalhaftigkeit wollen. Ich denke, sie kann auch ein Gegengewicht sein zum Motto »Ich kann mein Leben immer selbst in die Hand nehmen und alles regeln« und deshalb hilfreich sein. Hinterfragen möchte ich Ihre Beschreibung der Rolle des Staates. Sie vertreten die Auffassung, der habe die Aufgabe, die Protestanten vor sich selbst zu schützen. An Ihrer Zuschreibung habe ich Zweifel, unter anderem deshalb, weil es historisch gesehen, auch immer eine sehr große Nähe zwischen der protestantischen Kirche und dem Staat gab, was sie ja auch von der katholischen Kirche, unterscheidet.

Wenn man eine Norm verändert, setzt man auch wieder eine Norm. Deshalb frage ich: würde nicht die Norm, die aktive Sterbehilfe freizugeben, wiederum eine Norm setzen, was Ihrem Wunsch, man möge keine Norm haben, widerspricht?

Reiner Anselm: Zu dem letzten würde ich sagen: Das ist ein Problem, weil wir einfach nicht regeln können. Das ist eine ganz klare Sache. Ich würde an dem Punkt wirklich doch trotz vieler Kritiken aus dem scharf analytischen Bereich die § 218 Regelung ganz stark verteidigen. Wir stehen vor diesem Problem und die Frage ist, welche Zaunpfähle können wir machen und wo müssen Bereiche freilassen? Um dem Vorbild es nachzuempfinden, würde ich da erst einmal einen Schritt weitergehen, nicht die vollständige Freigabe, und möglicherweise doch das Festhalten an der Rechtswidrigkeit, aber die Straffreiheit, also dass man sagt, wir sanktionieren diesen Raum nicht.

Das ist eine ähnliche Sache, wie wir in der Ethik auch beim Suizid vorgegangen sind. Es bleiben aber noch andere schwierige Fragen offen. Und in diesem Sinne ist es keine Staatsnähe, sondern der Staat hat eine konstitutive Funktion im eigenen Denken. Der wird im Grunde gar nicht getrennt gedacht, denn er ist praktisch die Verkörperung dieses determinierenden Willen Gottes. Das ist das Problem des Protestantismus. Und er hat lange gebraucht, bis er sich da befreien konnte, aber man merkt, dass dieser Reflex in dem Augenblick, in dem die Sachen kritisch werden, sofort wiederkommt. Dass man sagt: Wenn die Leute sich dann wirklich diese Freiheit nehmen, dann soll der Staat doch eingreifen. Interessanterweise vertraut man den eigenen Kategorien nicht, sondern ruft immer nach dem Recht.

Gerald Hartung: Ich habe eine Frage zu der Formulierung, die ich vorhin ganz wunderbar fand, zu dem Diktum vom »zerstörerischem Individualismus« und der protestantischen Position dazu. Der Individualismus ist ja an sich nicht zerstörerisch, per se. Sondern wenn Sie auch bis zu Luther zurückgehen, geht es um eine Entfesselung von Kräften, die erst einmal mit guten Gründen entfesselt wurden und ich frage mich, unter welchen Bedingungen wird die protestantische Sichtweise auf ein Prinzip, das man selbst mitbefördert hat, dann zu einem, von dem man sagt, es ist jetzt vor allen Dingen zerstörerisch und nicht mehr produktiv.

Gerade in der Frage der Sterbehilfe habe ich den Verdacht, es hängt damit zusammen, wie Sie es auch selbst gesagt haben, dass die Antworten auf

die Probleme, die das Prinzip der Individualität aufgeworfen hat, immer politisch und vor allem rechtlich waren. Was meinen Sie mit Fürsorgepflicht, die der protestantischen Kirche noch obliegt? Wenn es ein falsches Verständnis von Fürsorge gab, weil man immer auf die rechtliche und politische Karte gesetzt hat, was ist denn jetzt die andere, die neue Antwort, die in einem so prekären Fall wie der Sterbehilfedebatte aufgeworfen wird? Wie könnte die aussehen?

Reiner Anselm: Ich glaube, das Problem besteht darin, dass die Tradition des Protestantismus Freiheit und Individualität konsequent als Eigenschaften des, mal ein bisschen theologisch gesprochen, des »inneren Menschen« gedacht hat. Und in dem Punkt sofort nervös geworden ist, als das der »äußere Mensch« für sich in Anspruch genommen hat.

Das ist ja auch die ganze Stoßrichtung der Reformation, in dem Augenblick, in dem die Leute wirklich gesagt haben: »Jetzt machen wir es politisch.« Dann zieht man sich zurück und sagt, Freiheit ist eine innere Kategorie und dabei steht im Hintergrund immer der Gedanke, dass eigentlich gedeihliches Zusammenleben nur dann möglich ist, wenn sich alles in einem geordneten Kosmos befindet. Und dementsprechend muss dann der einzelne davor geschützt werden, dass er meint, aufgrund seiner Individualität auch den Platz in diesem Kosmos selber bestimmen zu können.

Und das ist der Fürsorgecharakter des Staates, und auch der Kirchen, der da eingetragen wird und der im Grunde genommen so aussieht, dass man sagt: Im Interesse des ganzen und im Interesse des einzelnen müssen Staat und Kirche darauf aus sein, jedem seinen Platz in dieser Gesellschaft zuzuweisen. Und genau dann hat er auch die maximale Ermöglichung von individueller Freiheit.

Das sieht in der Neuzeit ganz anders aus, und die Spannungen zwischen der aufklärerischen Philosophie und Ethik und dem Protestantismus sind darin begründet, als sich diese Sachen umkehren. Und das ist eine ganz komplizierte Verwicklungsgeschichte. Ich glaube, der Punkt müsste sein, Fürsorglichkeit und Individualität nicht gegeneinander in dieser Form auszuspielen, dass man immer sagt, wenn diese Freiheit äußerlich wird, dann wird es problematisch, sondern es ist, wenn man so will, hier zulässig, einen kirchlichen Jargonbegriff gebrauchen will, es geht eigentlich um Zurüstung: Selbst herauszufinden, wo der eigene

Platz ist. Und das scheint mir auch dieser Verkündigungsaspekt zu sein, das tatsächlich auf das Individuum zu legen und es dazu zu bemächtigen und nicht im Zweifelsfall dann zu sagen: Wir sagen dir schon, was Sache ist. Und, wenn Sie so wollen, geht es darum, eine Art Moriendi einzüben. Und zwar am Ort des Individuums, dass das das lernt. Das ist ja die Tragik in modernen Gesellschaften: Wir sterben nicht einfach, wir müssen sterben.

Silke Schicktanz: (...) Wir bewegen uns ja in einer Fragestellung, wo das Medizinsystem eine große Rolle als eine Metainstitution spielt. Ich würde Sie gerne bitten, ob wir darauf vielleicht die Diskussion noch zuspitzen könnten. Inwiefern diese Debatte um Paternalismus staatlicher Art oder kirchlicher Art auch zu betrachten ist im Rahmen einer Institution wie des Expertensystems, weil wir ja gestern auch noch einmal gehört haben und auch diskutiert haben, welchen Stellenwert das Medizinsystem, das Wissenschaftssystem in Israel hat und dort eben einen wichtigen Faktor darstellt und das fehlte mir bei Ihrer Konstitution zwischen Individuum auf der einen Seite und Staat auf der anderen Seite. (...)

Reiner Anselm: (...) Medizinsystem. Das ist ein komplizierter und großer Aspekt. Ich würde mal sagen, im Grunde genommen ist das aus der Perspektive des Protestantismus tatsächlich so, wie das Foucault in »Überwachen und Strafen« beschrieben hat. Aus der Selbstwahrnehmung des Protestantismus ist das Medizinsystem nur der verlängerte Arm dieser regulierenden Instanz des Staates. Faktisch ist das ja auch so. Wenn man sich das mal anguckt, so sehr die Selbstherrlichkeit medizinischer Ordinarien ja propagiert wird, so sehr sind sie natürlich am Gängelband der Finanzierung. Weil es so ist, dass der Staat diese indirekten Einflusstechniken längst begriffen hat, dass er über Finanzierungsreize, Bettenstrukturen, Bettenverteilungen in den Kliniken viel mehr steuern kann als über direkte, gesetzliche Einflussnahme. Und das natürlich der Palliativmediziner weniger Betten kriegt als der Intensivmediziner oder der Onkologe, das sind Steuerungsmechanismen. Aber aus der protestantischen Perspektive wird es immer über die Einflussnahme des Staates gespielt.

Die Bioethikdebatte ist eine reflexive Debatte, die in der Theologie eine Rolle spielen kann, ich habe es ja auch gerade gemacht und habe daran teilgenommen. Wenn man sich aber im Hinblick auf Verhaltenssteuerung, oder Einflussnahme konzentrieren möchte, dann scheint mir der Bundes-

tag nicht der zwingende Ort dafür zu sein. Sondern da gibt es andere Kanäle. Merkwürdigerweise spielt das keine große Rolle. (...)

Simone Ehm: Ich finde das schon spannend, dass Sie sich so stark auf die Seite des Individuums schlagen in Ihrer Sterbehilfedebatte. Was machen wir mit der sozialetischen Dimension in der Diskussion, kann man die tatsächlich so weit ausblenden?

Reiner Anselm: Deswegen habe ich ja gesagt, Vorsicht bei der generellen Freigabe, weil es möglicherweise Konsequenzen hat auf den Bereich des SGB und der Finanzierung von Krankenleistungen usw., da wäre ich vorsichtig. (...)

Und die Frage mit dem Dammbruchargument, das kommt ein bisschen auch auf konfessionelle Prägungen an. Lutheraner sind grundsätzlich Apokalyptiker. Die erwarten immer den Weltuntergang und sehen überall die Zeichen davon. Unglücklicherweise kommt der gar nicht so schnell. Und ich vertraue sehr wohl in unsere rechtsstaatlichen Regelungen und mir scheint auch gerade in der Bioethikdebatte deutlich, dass es uns gelingt, Grenzen zu ziehen und die auch zu verteidigen.

Diese Grenzen sind nicht in Stein gemeißelt, und die sind wandelbar, aber es ist auch nicht so, wie uns mitunter Glauben geschenkt werden soll, dass sich da kein Mensch dran hält. Das scheint mir auch eine problematische Sache zu sein. Das ist eine Frage der Perspektivik und vor allem der Langzeitfrage, ob wir in fünf Jahren noch über die gleichen Sachen so reden werden, das weiß ich nicht. Aber es ist auch nicht so, dass, wenn wir heute einen Millimeter nachgeben, dann alles zusammenbricht.

Chayim Schell-Apacik: Von meinem jüdischen Selbstverständnis her habe ich gemerkt, dass mir die Position Ihrer Kirche völlig fremd ist. Und ich bin nicht einmal sicher, ob ich es verstanden habe. Ich habe wahnsinnige Probleme mit dem Verständnis gehabt. Von meinem Selbstverständnis her gibt Gott den Menschen die Verpflichtung, das Leben zu wählen. Es ist keine Option, das Leben nicht zu wählen. Und von daher auch die jüdische Position, dass Selbstmord und Sterbehilfe nicht legitim sind. Ich bin ganz überrascht.

Auch ist die Schöpfung ja so, dass sie im Judentum als Partnerschaft gedacht wird. Das Gott begonnen hat mit der Schöpfung, sie aber nicht vollkommen ist. Der Mensch begann, sie zu ver-

vollkommen, sie zu verbessern. Das ist der Auftrag dieser intelligenten Schöpfung des Menschen, der in diese Welt hineingesetzt worden ist mit dem göttlichen Willen, diese Welt zu verbessern. (...) Das ist wirklich diesseitig gedacht, was wir verbessern müssen. Sie haben von einem Leben danach gesprochen, von Jesus als der Quelle und einer Transformation – ich habe es nicht verstanden.

Heißt das letztendlich, dass Sterben und der Tod gar nicht Sterben und Tod sind, sondern weiterleben? Dann müssten und dürften Sie gar kein Problem haben mit Sterbehilfe, weil der Mensch ja weiterleben wird. Ich bin verwirrt, zugegebenermaßen, auch als Arzt. Weil ich dann ärztliches Handeln in Abrede gestellt sehe, weil Sie mehr oder weniger gesagt haben, ich muss den Patienten sterben lassen, oder, ich darf nicht heilen, weil es das Geschick desjenigen ist. Ich bin jetzt sehr emotional, aber wahrscheinlich weil ich aus einer völlig anderen geistigen Welt komme.

Reiner Anselm: Das ist absolut nachvollziehbar.

Carmel Shalev: Ich muss auch sagen, dass ich es sehr, sehr schwierig finde, diesen Diskurs zu verstehen. Das ist mir fremd. Die Paradigmen und das Abstrakte ist ja ganz schwer zu verstehen. Und ich denke, dass diese Abstraktionen eine Funktion haben, die verhindern, dass wir uns damit beschäftigen, was das Sterben bedeutet. Und ich denke, dass das eine psychologische Bedeutung ist. Wir abstrahieren den Tod und wir können dann den Diskurs nicht mehr verstehen. Ich möchte gerne sagen, dass es wirklich emotionale Schwierigkeiten gibt und auch intellektuelle Schwierigkeiten gibt verstehen, was sie gerade präsentiert haben.

Und ich denke, dass wir auch unsere kulturellen Konstrukte haben, wir haben Konstrukte, die uns ermöglichen, damit umzugehen, aber die sind medizinisch formuliert und nicht so religiös. Das wollte ich hinzufügen, weil das genau meiner Meinung entsprach.

Reiner Anselm: Es sind glaube ich zwei verschiedene Aspekte, die man anführen müsste, um auf die Fragen richtig zu antworten. Ich versuche es mal ein bisschen zu sortieren. Ihre Frage geht glaube ich eher in die Richtung, dass man natürlich auch für den deutschen, und auch für den mehrheitlich christlichen Diskurs noch einmal unterscheiden müsste zwischen dem Politischen und Rechtlichen und dem Religiösen. Ich habe jetzt nur diesen herausgegriffen. Das bedeutet

aber, wenn man das von jüdischer Seite sehen will, dann müsste man natürlich auch noch einmal mit jüdischen Theologen sprechen.

Ich glaube, das führt zu einer etwas anderen Rahmensetzung, auch des Diskurses. Und das andere sind inhaltliche Fragen, und da glaube ich tatsächlich auf der Basis dessen, was ich auch gesagt habe, dass die religiöse Dimension der Argumentation eine indirekt viel stärkere Rolle spielt als wir uns das klarmachen. Aber eben nicht im Treibsand und im Dickicht der Rechtsregelungen, sondern einfach in der grundsätzlichen Zuordnung. Und da möchte ich einfach zwei oder drei Aspekte hervorheben. Schöpfung als Partnerschaft, Kooperation, ist ein wichtiges Wort gewesen der christlichen Schöpfungslehre, lange Zeit, ist aber, das kann man relativ gut datieren, im Grunde mit dem Erdbeben von Lissabon zerbrochen. Seitdem wird die Schöpfungslehre anders dargestellt, es ist der hybride Versuch des Menschen, die Schöpfung zu verbessern, die im Chaos endet.

Das ist die christlich andere Position. Es gibt durchaus auch andere Stimmen, die stärker im Fortschritt, der Verbesserung der Schöpfung liegen, aber der Mainstream, den ich jetzt dargestellt habe, und vor allem die kirchliche Position hebt stark auf diesen Aspekt ab. Der natürlich damit zusammenhängt, wenn Sie sich die christliche Bibel anschauen, dann ist sie ja so gestrickt, dass sie drei Schöpfungswerke eigentlich kennt.

Das der Genesis, dann wird das ganze ja christlich wiedererzählt im Johannesevangelium, und zwar ganz wörtlich, so, wie im Anfang das Nichts war, so war Gott am Anfang. Der Logos war am Anfang. Das ist der Anfang des Johannesevangeliums. Und das Ende der christlichen Bibel reflektiert ja auf eine eschatologische Neuschöpfung. Es kommt das Neue in Jerusalem, wir erwarten eine zweite Schöpfung. Und das ist religiös der große Unterschied zwischen dem Judentum und dem Christentum, bei dem es eine große Inkompatibilität gibt, indem man sagt: Wir sind nicht diejenigen, die die Schöpfung zu Vollendung bringen, sondern wir erwarten eine neue Schöpfung.

Und das gibt es im großen Maßstab und im kleinen Maßstab in der Weise nämlich, dass man auch sagt, der christliche Auferstehungsglaube lebt davon, dass der Mensch eine neue Kreatur, eine zweite Schöpfung durchlebt. Und das Christentum hat riesige Probleme gehabt mit genau dem, was Sie beschrieben haben. Das, was wir heute als Inbegriff des Unreligiösen geißeln, näm-

lich Selbstmordattentäter, das hatten wir in der Geschichte der alten Kirche, die Kirche hätte fast nicht überlebt vor einer Masse von Märtyrern, die unbedingt in den Tod gehen wollten, um nur so schnell wie möglich die Auferstehung zu bekommen. Und das schwierige, im Vergleich zum Judentum viel Inkonsistentere des Christentums ist es, mit diesem permanenten »hier, und doch nicht« umzugehen.

Es ist eine fremde Gedankenwelt, das glaube ich auch. Und es scheint mir bei aller Möglichkeit, die wir aufgrund bestimmter gemeinsamer Texte und Kulturen, die wir haben, dass wir darüber reden können, aber man muss sagen, die Grundlagen, die wir da haben, sind dann in den Details so unterschiedlich, dass es schwierig ist, den anderen nicht nur zur Kenntnis zu nehmen, son-

dern wirklich auch emotional zu verstehen. Was da für eine Denke im Hintergrund steht.

Diese »Diesseits – Jenseits« Unterscheidung, die scheint mir eine große Rolle zu spielen. Aber man muss auch sagen, dass die natürlich in der jüdischen Tradition und auch in der jüdischen gegenwärtigen Theologie sehr unterschiedlich akzentuiert wird. Denn sie ist ja ein verhältnismäßig »spätes Kind« in der hebräischen Bibel, in den Schriften der zwischentestamentarischen Zeit entsteht dieser Gedanke im Grund genommen aus der gleichen Motivation wie im Christentum, nämlich der Frage: Warum kommt der Messias eigentlich nicht?

An dem Punkt sitzen wir in einem Boot, nur die Antwort fällt unterschiedlich aus, oder es ist unterschiedlich akzentuiert. **D**

End-of Life Care in Israel: The New Dying Patient Law

Von Dr. Carmel Shalev, Law Faculty, University of Tel Aviv

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

In 2005 the Knesset enacted the Dying Patient Law, which clarified the legal rules about end-of-life medical care in Israel after years of political stalemate on the issue. Prior to the legislation, the legal rules relating to end-of-life medical care were wrought with normative ambivalence between the humanistic value of autonomy and the religious value of sanctity of life, reflecting the tension present in the constitutional definition of Israel as a »Jewish democracy» The normative ambivalence was especially pronounced in relation to issues surrounding the withholding and withdrawing of artificial respiration and artificial nutrition, and in relation to the legal effect of advance directives given by patients for the event of their becoming incompetent to express their wishes.

The new Law resolved these issues, and was presented officially as a well-balanced consensus between the values of autonomy, on the one hand, and sanctity of life, on the other. It acknowledges patient autonomy to a certain extent, laying down clear rules as to the physicians' duty to make proactive efforts to inquire into the patient's wishes and acknowledging, in principle, the effect of advance directives and the appointment of a surrogate decision maker. It also includes a welcome innovation which obliges physicians to relieve suffering with palliative care.

However, at the same time, the Law lays down significant restrictions on the right to patient autonomy, departing substantially from the patient rights approach that had characterized the preceding case law. The Law actually manifests a paradigm shift in the normative framework regulating end-of-life treatment in Israel, from an approach based on the principle of autonomy, to one based on the principle of the sanctity of life. Likewise, the Law does not use the language of patients' rights but rather speaks in terms of the physicians' duties. This paradigm shift is a result of the increasing

influence of strict interpretations of Jewish law (*halakha*) on public discourse and public mores in the area of bioethics in Israel.

What is more, the Law regulates end-of-life medical decision making by means of a complex web of formal procedural rules and culturally unique legal artifices. It created a bureaucratic maze of a pseudo-scientific medico-legal technocracy, which conceals its substance – to wit, that the request of a competent patient to withdraw artificial respiration may not be respected, and that the advance directives of an incompetent patient to withhold artificial nutrition are of no effect.

From right to duty

The primacy of the value of the sanctity of life finds expression in many of the Law's substantive provisions. For example, the Law opens with a statutory presumption of the »will to live» (s. 4). It prohibits »active euthanasia», i.e. actively hastening the patient's death, is forbidden (s.19), as well as physician assisted suicide (s. 20). In addition, doctors must respect the request of a patient to receive »exceptional» treatment, even where their professional discretion indicates refraining from further intervention (s. 13). In such case, the principle of autonomy comports with the sanctity of life. But where patient autonomy contradicts the sanctity of life, it is overridden.

Thus, while physicians must generally respect the autonomy of a competent patient, there is an exception in the case of withdrawal of life support (in contrast to previous case law which found no normative difference between withholding and withdrawing treatment). Here the Law makes an original distinction between two forms of medical treatment – »continuous» and »cyclical» (s. 21). In the case of »cyclical» treatment, such as, for example, chemotherapy, it is permitted to refrain from renewing treatment if the patient has expressed a wish to refrain from undergoing another cycle. But the Law states that »continuous» treatment, such as artificial respiration or nutrition, may not be stopped, even if the patient so wishes. It is true that the Law allows for a technological solution that could transform a treatment that is by its nature »cyclical» into a »continuous» one – for

example, by means of a timer. However, it does not lay down a clear rule of formal equality as regards access to the foreseen technology, and does not make provision for its funding, thus creating a problem of distributive justice.

The Law also restricts the autonomy of incompetent patients in terms of the effect of advance directives. Here a distinction is made between medical treatment related to the patient's »incurable medical problem» (section 16(a)) and »accompanying treatment» (section 16(b)), which is defined as »medical treatment in a dying patient, that is not at all related to his incurable medical problem, including routine treatments necessary for the treatment of concurrent or background diseases and palliative treatment, and also the giving of food and liquids even by artificial means.» The bottom line is that were one to specify in advance directives that one wishes to refuse artificial nutrition, artificial hydration, or antibiotics etc., the directive may not be respected.

Medico-legal technocracy

In addition to these novel legal artifices, the Law is wrought with a procedurally complex edifice of medico-legal decision making as regards incompetent patients. Thus, it distinguishes between patients who are »dying» and those who are in a »terminal stage». A »dying patient» is a person suffering from an incurable medical problem and her life expectancy is no more than six months even if medical treatment were to be administered (section 11(b)). A patient is in a »terminal stage» is one who »is in a medical condition in which several vital bodily systems are failing and his life expectancy is no more than two weeks, even if medical treatment were to be administered» (section 8(b)). The advance directives of a »dying» patient come into effect on two conditions: first, his or her suffering must be »significant», and second, the presumption of the wish to live must have been rebutted. The point of the distinction between »dying» and »terminal stage» patients appears to be related to the withholding of artificial hydration. The patient has no power to give advance directives to withhold such treatment at any stage. It is the »responsible physician» who has the discretion to determine that the administration of liquids be withheld, if it would cause the patient suffering or harm (section 17).

The »responsible physician» is a key figure in the Law. He or she determines whether the patient is

dying or at a terminal stage, whether the patient is competent or incompetent, and whether the patient wishes or does not wish to continue living. The »responsible physician» also has authority over various other formal matters. The effect of this is positive, in the sense that it ensures that there is an identifiable doctor taking care of the patient. At the same time, the »responsible physician» is not necessarily the doctor who is actually giving care and treatment to the patient, but a medico-legal officer. In this respect, the Law has removed the sensitive issues of end-of-life medical treatment from the realm of communication between individual patients and the doctors who are intimately involved in providing their care. In a way, it thus renders moot questions about the role and responsibility of a doctor in caring for the dying: to extend life as much as possible? to alleviate pain and suffering? to give comfort and support at the bedside of the person facing the inevitable end of her life? to provide emotional or spiritual sustenance?

Summary

The technocratic nature of the Law is evident in a quantifiable way: the Law has 63 sections, the vast majority of which deal with matters of form and procedure, while only nine sections lay down substantive rules. In general, the Law is written in dense cross-reference language which is not reader friendly. In stark opposition to the crystal clear language of the Patient's Rights Law, 1996, which was intended to serve as a bill of rights that derive from patient autonomy, the Dying Patient Law is a document that must be deciphered, and grappled and contended with. Even the forms attached to the Law for advance directives are formidable, spreading over more than six small-printed legalese pages, in which the process of death is reduced to a list of medical procedures which many would need a crash course in order to understand.

The Law created a technocratic muddle which befuddles the reader, based on a complex construction of pseudo-scientific artifices: the presumption of the will to live; the distinction between a dying patient and a patient in a terminal stage; the distinction between continuous and cyclical treatment; the distinction between treatment related to the patient's incurable medical condition and accompanying treatment; the distinction between significant and ordinary suffering; and the removal of decision making from the

intimacy of communication between the patient and the bedside caretaker to the authority of a medico-legal officer. These artifices might be indicative of a cultural malaise of compulsive obsession with medical technology. They amount to mental acrobatics which might be clever, but are not necessarily wise or emotionally intelligent.

The weakness of the Law is that it rests on a determination that a patient has no more than

six months or two weeks to live. There is no scientific measure of matters such as these, and doctors are loath to issue such sentences of death, for obvious reasons. One might find consolation in the argument that so long as the patient has not been classified as »dying«, the Patient's Rights Law continues to apply.

D

Diskussion zum Vortrag von Dr. Carmel Shalev

Peter Joel Hurwitz: (...) noch eins zu dem Unterschied zwischen zyklischer und kontinuierlicher Behandlung. Das ist sicher ein Konstrukt, ersetzt aber die älteren Begriffe von aktiver und passiver und indirekter Sterbehilfe, die ja nicht so präzise sind. Und die passive Sterbehilfe ist ja nicht so »passiv«. Wenn eine Behandlung unterbrochen wird, ist das ja nicht komplett passiv, wenn das dann den Tod des Patienten zur Folge hat. (...) Obwohl es in der allgemeinen, ethischen Literatur so ist, dass die Vorenthaltung oder die Beendigung von Behandlung ethisch auf der gleichen Ebene angesehen werden, ist es subjektiv zumindest in Israel so, dass da ein Unterschied gesehen wird. Und das hat Fragen aufgeworfen unter dem Krankenhauspersonal (...) und den Ärzten, und ich denke, etwa 70% fanden es emotional viel schwieriger, eine Behandlung abzusetzen, besonders ein Beatmungsgerät abzuschalten. Das ist ja doch immerhin noch eine aktive Tätigkeit, man muss ja abschalten. Das ist viel schwieriger, als zu sagen, wir machen keine Röntgenbilder mehr, wir geben keine Antibiotika mehr. Und so ist dieses Beenden hineingekommen und als ich das zum ersten Mal gelesen habe, mit dem Beatmungsgerät, da dachte ich, das heißt, den lieben Gott zu beschießen.

Ich denke nicht, dass das präzise ist. Und zwar, weil es so schwierig ist, für das medizinische Personal, zu sagen: Jetzt ziehen wir den Stecker, wir schalten den Strom ab – es wird ja nicht unbedingt der Stecker gezogen. Das ist wirklich sehr schwierig. Und wenn sie denken, dass sie das nicht unterbrechen sollten, und dass es vielleicht mechanisch erfolgen kann, dann ist das nicht korrekt.

Aber wenn sie denken, dass es wirklich ein Äquivalent ist, diese Unterbrechung, oder die Vorenthaltung, einfach um es leichter zu machen für das medizinische Personal; wenn man glaubt,

dass das eine akzeptable Lösung ist, bleibt es aber immer noch problematisch. Wenn es nicht problematisch wäre, bräuchten wir kein Gesetz.

Carmel Shalev: (...) Ich denke, das ist eine wunderbare, fabelhafte Technologie, aber das muss nicht unbedingt Gegenstand eines Gesetzes sein. Das sollte intern geregelt werden. Oder einfach nur entwickelt werden. Ich denke, das ist unangemessen – das sage ich als Rechtsanwältin – das ist ungeeignetes Material für eine Gesetzgebung.

Chayim Schell-Apacik: Ich habe große Probleme, mit diesem Gesetz. Nicht so sehr mit den verschiedenen Definitionen und den Begriffen, die hier eingeführt wurden – die alle problematisch sind, die alle ihre eigenen Probleme haben. Sondern vielmehr dahingehend, dass niemand – nicht einmal ein Mediziner – voraussagen oder wissen kann, wie lange genau die Lebenserwartung eines Patienten sein wird, wie lange er genau leben wird. Das kann von so vielen Faktoren beeinflusst werden, die man wirklich nicht voraussehen kann. (...)

Carmel Shalev: (...) Die Definitionen, die sich im Gesetz wieder finden, enthalten Bestimmungen dafür, dass, auch wenn medizinische Behandlung gegeben werden sollte, die Lebenserwartung sechs Monate nicht überschreiten würde. Das ist die Definition.

Aber wie kann man wirklich sagen, dass ein Mensch nur zwei Monate hat? Bei zwei Wochen kann ich vielleicht noch wissen, ob ein Patient jetzt wirklich in ein paar Tagen stirbt oder nicht. Das möchte ich jetzt nicht unbedingt quantifizieren, aber zwei Wochen ist noch relativ okay, relativ sicher, zu sagen, er hat nicht länger als zwei Wochen zu leben. Aber sechs Monate festzulegen, da bin ich ihrer Meinung, das verstehe

ich nicht, wie das definiert oder vorhergesagt werden kann.

Claudia Wiesemann: Ich denke persönlich, dass es so etwas wie einen Sterbeprozess nicht gibt. Ein Sterbeprozess kann nur retrospektiv betrachtet werden, wenn ein Patient wirklich gestorben ist und man weiß, was wirklich der Sterbeprozess war. (...). Und genau deshalb ist es so schwierig, sich auf einen Begriff wie den Sterbeprozess zu beziehen in einem Gesetz. Wir tun das auch in Deutschland: Es ist nicht Teil eines Gesetzes, sondern Teil der Leitlinien für die Mediziner und das ist ein schwieriger, ein sehr schwieriger Begriff.

Aber das war nicht der Punkt, den ich ansprechen wollte. Ich versuche, die israelische Situation mit der deutschen zu vergleichen. Und in Deutschland – vor 30 Jahren – wurde die Diskussion über die Sterbehilfe, über einen würdigen Tod mit großem Misstrauen den Ärzten gegenüber geführt. Es wurde gesagt, die Ärzte versuchen, die Menschen mit allen Mitteln am Leben zu erhalten. Und die Menschen werden zu Teilen von Maschinen und sie haben keine individuellen Leben mehr, kein Recht mehr, über ihr Leben zu entscheiden usw. Das war ein ganzer Diskurs der sich dahin richtete, ein großes Misstrauen gegenüber medizinischer Technologie und auch der medizinischen Profession an sich auszudrücken. (...) jetzt haben wir einen Diskurs des Misstrauens gegenüber den Patienten und den Entscheidungen der Patienten. Ich denke, das ist einer der Gründe, warum wir heute nach dem staatlichen Eingreifen verlangen, zur Regulierung nicht nur des Misstrauens gegenüber der medizinischen Technologie, sondern auch gegenüber der Entscheidungsfindung von Patienten. Wie sie dazu kommen, wie sie vielleicht beeinflusst werden von anderen Personen, oder was auch immer. Und die Menschen verlangen hier ein stärkeres staatliches Eingreifen, um einfach dieses Problem dieser zwei Misstrauen gegenüber diesen zwei Institutionen Herr zu werden.

Und das war auch der Grund, warum Gerichte mehr Rechte bekommen haben, um in diesen Prozess einzugreifen. (...) Wir hatten eine empirische Studie dazu, und wir konnten sehen, dass die Richter, die diese Entscheidung treffen sollten, überhaupt nicht informiert sind über die Art dieser Entscheidungen, die sie da treffen. Sie wissen nicht, was passive Sterbehilfe ist, was aktive Sterbehilfe ist, was indirekte Sterbehilfe ist. (...) Das ist wirklich ein Dilemma. Könnten Sie vielleicht aus israelischer Sicht sagen, was hier die wichtigen Punkte sind, gibt es da ähnliche Ein-

stellungen, Haltungen von Misstrauen? Wir dachten, dass die Juristen vielleicht diejenigen sind, die alle Probleme lösen könnten.

Carmel Shalev: Die Tatsache, dass das neue Gesetz Patientenverfügungen anerkennt, ist eigentlich eine Innovation gegenüber der offiziellen Position, bevor es dieses Gesetz gab. Es gab vorher vom Gesundheitsministerium Leitlinien. Diese Position des Gesundheitsministeriums wurde auch oft in Gerichten zitiert und sagte, dass Patientenverfügungen keine rechtliche Wirkung hatten, weil die Wünsche eines Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr auf ihn in einem jetzigen Zeitpunkt bezogen werden können. Denn wenn ein Patient urteilsfähig ist, kann er manche Dinge sagen, aber jetzt, wo er nicht mehr urteilsfähig ist, kann er nicht mehr sagen, was er will. (...)

Es ist also eine Herausforderung dieser Verfügung, ob diese Verfügung wirklich fortlaufende Kraft hat oder Wirkung hat. (...) Das Gesetz besteht aus 16 Abschnitten, und nur neun betreffen den Inhalt. Die anderen sind über das Verfahren. Und es gibt institutionelle Ausschüsse, die solche Entscheidungen treffen, wie die, die Sie angesprochen haben, die vor Gericht gehen. (...)

Matthias Gockel: Zu zwei Punkten möchte ich nachfragen. Ich sehe einige Übereinstimmungen mit Herrn Anselm heute morgen. Er sprach aus einer modernen protestantischen Sichtweise und Sie vielleicht aus einer modernen liberalen Sichtweise. Und ich würde Sie gerne fragen, ob Sie auch diese Übereinstimmung sehen, wenn es zu Schlussfolgerungen, zu praktischen Fragen kommt? Und als Beispiel vielleicht: Diese Heiligkeit des Lebens ist sehr wichtig für die römisch-katholische Tradition. Sie haben dagegen argumentiert und Herr Anselm auch, wenn ich es richtig verstanden habe, und das wäre ein Beispiel für eine Gemeinsamkeit.

Meine zweite Frage: Sie sagten die liberale Position ist besser, weil sie mehr einschließt und die individuellen Rechte berücksichtigt. Wie ich es sehe, werden Ärzte dahingehend immer vorsichtig sein, wenn diese Entscheidungen zur Beendigung von Leben getroffen werden müssen, denn es gibt immer die Möglichkeit, dass sie strafrechtlich verfolgt werden. Was wären die Leitlinien Ihrer eigenen Person, wenn Sie ein Gesetz formulieren sollten in diesem rechtlichen Bereich? Was wären die kulturellen oder philosophischen Prinzipien, die Ihr eigenes Urteil bestimmen würden? (...) Irgendjemand muss ja verantwortlich sein,

und wenn ein Patient nicht mehr urteilsfähig ist, wer ist dann hier verantwortlich?

Carmel Shalev: Im Hinblick auf den ersten Teil Ihrer Frage: Einer der Gründe, warum ich große Schwierigkeiten hatte beim Lesen des Gesetzes und beim Verständnis des Gesetzes ist, dass es aus einer sehr anderen Weltanschauung stammt. Das ist das, was ich eben auch diesen Paradigmenwechsel genannt hatte – vom Recht zur Pflicht oder von der Autonomie zur Heiligkeit des Lebens. (...)

Ich sehe es nicht aus der medizinischen Sichtweise, nicht aus der Sichtweise der Ärzte. Ich weiß, einige meiner Kollegen, die Ärzte verteidigt haben, und auch Ärzte beraten haben, ihnen fällt der Umgang mit diesem Gesetzen sehr viel leichter, denn sie lesen es aus ärztlicher Sicht. Aber ich lese es aus der Patientensicht. Und daher finde ich es sehr schwierig (...).

(...) In Bezug auf die Regeln, die hier angewandt werden sollten, denke ich, dass ich einverstanden bin damit, dass aktive Sterbehilfe nicht erlaubt sein sollte. Ich bin einverstanden, dass ärztlich assistierter Suizid auch nicht erlaubt werden sollte. Ich habe kein Problem damit, ich bin einverstanden damit, dass der Standard für einen nicht urteilsfähigen Patienten da sein sollte, dass man ihn auf jeden Fall behandelt. Aber ich denke, wenn es einen Hinweis gibt auf die Wünsche des Patienten, dann sollten diese Wünsche des Patienten auch berücksichtigt werden.

Aviad Raz: (...) Vielleicht habe ich etwas verpasst, aber mir scheint es, dass der Ansatz, den Sie vorgestellt haben, und der Ansatz, den Prof. Anselm vorgestellt hat, Konvergenz finden könnten. Und ich würde Sie gerne bitten, dass Sie noch einmal auf die erste Frage eingehen, die gestellt wurde. Sie haben einen Ansatz für die Entscheidung vorgestellt und gesagt, wenn ich das mal aufnehmen darf: »Was ist intimer, was ist privater als das Ende des Lebens?« Und Sie haben so argumentiert, dass dieses Thema nicht angemessen ist, reglementiert zu werden. Und ich dachte, das ist sehr ähnlich wie der Ansatz von Prof. Anselm. Trotzdem verstehe ich natürlich, dass sein Ansatz nicht unbedingt repräsentativ für die protestantische Sichtweise ist, falls es so eine protestantische Sichtweise überhaupt gibt.

(...) Ich würde gerne Sie beide im Rahmen des Dialogs fragen, ob Sie den Eindruck haben, dass es hier eine Konvergenz gibt ohne Bezug auf die

Werte der protestantischen Ethik, die unbekannt sein können. (...)

Carmel Shalev: Mein Eindruck ist, dass die Kritiker, sowohl in Israel, als auch in Deutschland, eine gemeinsame Sprache finden könnten, ja. Der Grund, warum ich es schwierig fand, Prof. Anselm zu folgen, war sicherlich in mir selbst begründet, in meinen Mängeln. (...)

Katrin Grüber: (...) Sie sagten, man ist an Maschinen angebunden. Man kann auch sagen, man ist mit ihnen verbunden und man wird von ihnen unterstützt. Man kann überleben durch intensive Pflege und intensive Behandlung und nachher ein weiteres, schönes Leben führen. D.h., diese Maschinen sind nicht immer etwas Schreckliches, und sie so darzustellen, ist zu einfach. Ich möchte Sie bitten, das zu berücksichtigen.

(...) Wir haben die Diskussion in Deutschland, ob es notwendig ist, ein Gesetz zu haben für die Umsetzung von Patientenverfügungen, oder nicht. Wenn es mehr Zeit gäbe, wäre es sicherlich auch interessant über Vorstellungen von Abhängigkeit und Autonomie sprechen, und insbesondere zu klären, was Autonomie bedeutet. Vielleicht können Sie das noch ansprechen, denn ich denke, das ist sehr wichtig, weil es verschiedene Ansichten gibt zu Autonomie. Es gibt nicht nur eine Art von Autonomie, wo Sie sagen: »Ich bin von allem unabhängig und kann selbst entscheiden.«

Und mein letzter Punkt: Wir haben festgestellt, dass die Menschen ihre Meinung im Laufe der Zeit ändern. Dazu gehört auch, dass manche zwar eine Verfügung geschrieben haben, sie aber dem Arzt nicht zeigen. Das ist ein Hinweis dafür, dass die Patienten manchmal vorher eine Entscheidung getroffen haben aber nachher feststellen, dass solche Fragen doch komplexer ist.

Carmel Shalev: Genau, das war auch der Punkt des Gesundheitsministeriums, das eben sagte, die könnten ja ihre Meinung ändern. Und ich schätze auch sehr Ihre Bemerkung, dass wir den Begriff Autonomie noch einmal anschauen und mehr anschauen, was ist Abhängigkeit oder auch nicht Abhängigkeit. Auch in Bezug auf unsere Beziehung untereinander.

(...)

Peter Joel Hurwitz: Ich denke, wir brauchen Regelungen, es ist ja nicht nur ein medizinisches Problem. Das ist auch ein Problem der gesamten

menschlichen Gesellschaft, dass man diese Entscheidungen trifft. Und es braucht Regelungen. Das könnte man aber auf zwei verschiedene Arten und Weisen handhaben.

Eine Weise ist die, wie man es in der Schweiz gemacht hat, das weiß ich zufällig, da gibt es sehr wenig Gesetzgebung. Und die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften hat Richtlinien herausgegeben für die Behandlung von sterbenden Patienten. Und die sind sehr kurz und auch allgemeiner. Und es wird alles mehr der Entscheidung der medizinischen und rechtlichen Vertreter überlassen. Das ist vielleicht ein Problem an sich, aber das ist doch anpassungsfähiger, oder?

Man versucht [in Israel, Anm. der Hrsg.], so viele exakte Definitionen wie möglich zu bekommen. Wie in dem Steinberg-Gesetz, das einen Teil des Problems sehr gut mit erfasst, aber dann zu Er-

gebnissen kommt, wie Sie sie uns berichtet haben. Und das Problem ist, dass ultraorthodoxe Elemente in dieser Gesellschaft immer mehr an Gewicht bekommen. Und Sie haben ja ein Beispiel geliefert, dass es nicht unbedingt so ist, dass es genug Präzedenzfälle gibt in der jüdischen Literatur, von dem Talmud, von der Bibel, (...) Es gibt keine exakte Definition. Man muss einen bestimmten Raum noch haben für Handlungen, selbst beim religiösen Judentum. Und es gibt zwei Extreme, und das müsste nicht so sein, es könnte anders sein, selbst angesichts des Gesetzes.

Carmel Shalev: Ja. Ich bin einverstanden. Ich denke, in der israelischen Gesellschaft insgesamt, im Allgemeinen ist es so: Seit die Knesset das Grundgesetz verabschiedet hat, das Israel als jüdische Demokratie definiert hat, ist es so, dass die Einflüsse der Ultraorthodoxen immer größer geworden sind. Und das zeigt, und reflektiert nicht unbedingt alle jüdischen Werte. 

Todesbilder in der modernen Gesellschaft – Zur Kultur des Sterbens und zum Umgang mit dem Tod

Von Dr. Irmhild Saake, Soziologisches Institut, Universität München

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Der soziologische Blick auf die radikale Gegenwartigkeit aller Todesthematisierungen verweist einerseits auf die Dominanz einer Erwartungshaltung, bei der ein symmetrisches Todesbild – wir sind alle vom Tod betroffen – vorausgesetzt wird, zeigt andererseits aber auch, wie stark diese Idee in der asymmetrischen Situation einer konkreten Biographie verfangen ist, deren Erzähler gerade nicht stirbt. Dieser schlichte Befund hat große Auswirkungen, wenn man sich fragt, wie man den Wünschen von Sterbenden gerecht werden kann. Kann man sie vorher dazu befragen? Welchen Stellenwert haben diese Antworten, wenn sie in einer anderen Gegenwart formuliert werden als der, in der sie gelten sollen? Immerhin geht es bei diesem Thema nicht um die Wahl eines Arbeitsplatzes oder einer Partei, sondern um das Ende der Biographie.

Biographien – so lässt sich auf der Grundlage einer großen biographischen Studie zum Thema Tod zusammenfassen – erzeugen jeweils *Gegenwarten* der Selbstidentifikation, die sie mit eigenen Mitteln transzendieren. Je mehr wir biographisch reden, umso mehr Gegenwarten erzeugen wir, und umso dringlicher suchen wir nach wiederum biographischen Antworten auf die Frage danach, wie wir sterben wollen. Bis zum letzten Moment.

Zu zeigen wird sein, dass das Reden vom Tod also einen biographisierten Tod produziert, einen Tod, der für die eigene *gegenwärtige* Selbstbeschreibung in Anspruch genommen wird und der als Thema dabei eine jeweils auf die Biographie abgestimmte Funktion erfüllt. Diese Figur der biographischen Thanatologie folgt der Argumentation von Armin Nassehi und Georg Weber, die für eine biographiebasierte Identitätstheorie plädieren und diese im Hinblick auf die Gegenwartigkeit von Bewusstseinsprozessen präzisieren: »Biographische Identität operiert also nicht – wie schon angedeutet – mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, sondern immer – und immer

wieder neu – mit gegenwärtiger Vergangenheit, gegenwärtiger Gegenwart und gegenwärtiger Zukunft« (Nassehi/Weber 1990, 161f) Auf dieser Grundlage erscheint es als problematisch, *von gegenwärtigen Todesthematisierungen auf zukünftige Präferenzen in Bezug auf das eigene Sterben zu schließen*.

Dieser Befund ist eng verbunden mit dem modernen Diskurs der Bioethik. Die Entstehung neuer medizinischer Techniken, deren Resultat u.a. eine Verlangsamung von körperlichen Abläufen wie dem Sterben darstellt, hat gleichzeitig auch zur Einführung von Reflexionszeiten, zum Auseinandertreten von verschiedenen Gegenwarten – der des Sterbenden, der der Angehörigen und der der Pflegenden – geführt. Was beim Sterben passiert, kann diskutiert, kann beobachtet, kann evaluiert, kann entschieden werden. Der Diskurs der Bioethik lehrt auf diese Weise, in der Gegenwart des Sterbenden zunächst von der Abwesenheit des Todes auszugehen. Der Tod wird – im Blick auf den Sterbenden – sowohl sichtbar gemacht als auch verdrängt. In diesem Befund zeigt sich eine Eigenart der modernen Gesellschaft, die im Diskurs Partizipationsmöglichkeiten (z.B. die des Sterbenden und seiner Fürsprecher) schafft und auf diese Weise lernt, mit unterschiedlichen Gegenwarten von Betroffenen statt z.B. einer gemeinsam erlebten Gegenwart des Todes zu rechnen.

Dies zeichnet sich besonders deutlich in Forschungen zu medizinischen Fragestellungen ab, weil mit dem Verlust der Selbstverständlichkeit einer symmetrischen – religiösen – Todesbetroffenheit auch der *Verlust der Selbstverständlichkeit einer gemeinsamen Zukunft* verbunden ist. Ein Blick auf aktuelle Studien zum Umgang mit dem Sterben kann verdeutlichen, was hiermit gemeint ist. Die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie und das British Medical Journal haben 2003 dem Thema Sterben eine Spezialausgabe gewidmet und unter diesem Titel vor allem medizinische Studien und Einschätzungen der aktuellen Praxis versammelt. Gemeinsames Kennzeichen der meisten Beiträge ist der Befund, dass eine Willensentscheidung dem Sterben vorausgehen soll, dass also die Autonomie des Sterbenden Ausgangspunkt aller Entscheidungen sein soll, diese Autonomie aber sozusagen »veröffentlicht« sein muss. Was darunter verstanden werden kann,

wird von mir unter dem Etikett der »Gelenkten Autonomie« erläutert.

Der Blick auf das Sterben ist nun ein öffentlicher geworden. Er wird von den Massenmedien geprägt, die Bilder des Leidens zeigen; von den Angehörigen, die nun zuschauen und sich für das Leiden verantwortlich fühlen, von den Pflegekräften und Seelsorgern, die gleichberechtigt mitreden wollen. (Früher war dies einmal eine Sache zwischen Arzt und Patient, was immer auch bedeutete, dass Fragen der Würde des Sterbens ganz anders behandelt wurden. Ein Arzt sieht Menschen immerzu in würdeloser Verfassung, aber können die eigenen Kinder ertragen, wie man da nun liegt?

Am Ende dieses Diskurses zwischen Patient und Angehörigen und Pflegekräften und Seelsorgern und Ärzten muss ein Konsens erwirtschaftet werden, der es allen überlebenden Beteiligten ermöglicht zu bestätigen, dass das Sterben so abgelaufen ist, wie es der Sterbende gewollt hat. Mit der Erschaffung der *Person des Sterbenden* gibt es demzufolge nicht nur den Vorgang des Sterbens, sondern auch jemanden, der als Betroffener Regie zu führen scheint. Auffällig ist an dieser Stelle, dass er sich diese Regieführung mit den Beobachtern seines Sterbens teilt, die seine Sätze im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit seiner biographischen Verfasstheit überprüfen. Im *British Medical Journal* wurde ein Fall erwähnt, in dem bei einem plötzlich verunglückten jungen Patienten lebensverlängernde und damit auch schmerzverlängernde Maßnahmen eingesetzt wurden, obwohl sie ganz eindeutig keine Aussicht auf Erfolg hatten. Diese Maßnahmen dienten aber dazu, dass sich Angehörige und Patient noch einmal auf die Situation verständigen konnten und erschienen deshalb allen beteiligten »Rezensenten« als richtig. Auch uns erscheint das als plausibel, aber wir müssen doch auch zur Kenntnis nehmen, dass hier auch Bedürfnisse der Angehörigen eine zunehmend große Rolle spielen. Vielleicht hat diese Lösung für den Patienten die Qual der Schmerzens und des Sterben-Müssens nur unerträglich vergrößert?

Exakt dies ist jedoch die Form, die für Entscheidungsprozesse bei bioethischen Fragestellungen nun gefunden wird: Im Sinne eines Verfahrens der – so möchte ich es nennen – »Gelenkten Au-

tonomie« wird in einem gemeinsamen Diskurs von verschiedenen Beteiligten – Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden, Ärzten, Ethikkommissionen – ein biographisch legitimierter Wille geschaffen, der dann als letzter Grund in einem prinzipiell offenen Entscheidungsprozess gelten kann. Der Hinweis darauf, dass sich eine solche Autonomisierungspraxis hinter dem, was schlicht als eigener Wille betrachtet werden soll, verbirgt, erfolgt hier nicht in kritischer Perspektive. Der Blick hinter die Kulissen auf die alltäglichen Konstruktionsleistungen eines medizinischen Alltags kann nur verdeutlichen, welchen konkreten Einschränkungen die jeweiligen Konstruktionen unterliegen. Sie können nicht den Blick auf eine konstruktionsfreie »richtige« Form von Autonomie lenken. Verdeutlichen können meine Sätze nur, wie anspruchsvoll unsere Anforderungen an das moderne Sterben geworden sind. Es war einfach zu kritisieren, dass das Sterben tabuisiert wird, aber nachdem es nun tatsächlich fast schon öffentlich stattfindet, kann man sehen, wie schwierig es wirklich ist, der – wie Graf es fordert – Negativität des Todes gerecht zu werden.

Literatur

- Graf, Friedrich Wilhelm, 2004: *Todesgegenwart*. S. 7-46 in: Graf, Friedrich Wilhelm und Heinrich Meier (Hg.): *Der Tod im Leben*. Ein Symposium. München: Piper Verlag.
- Keown, John, 2005: *Mr Marty's muddle: a superficial and selective case for euthanasia in Europe*, *Journal of Medical Ethics* 32 (1): 29-33
- Lavi, Shai J., 2005: *The modern art of dying. A history of euthanasia in the United States*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Macho, Thomas, 1987: *Metaphern des Todes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mulkay, Michael und Ernst John, 1991: *The changing profile of social death*, *Archives européennes de sociologie*, 23(1):172-196.
- Nassehi, Armin und Georg Weber, 1990: *Zu einer Theorie biographischer Identität. Epistemologische und systemtheoretische Argumente*, *Bios* 3 (2): 153-187.
- Nassehi, Armin, 2003: *Dynamik der Geschlossenheit*. S. 27-88 in: Nassehi, Armin (Hg.): *Geschlossenheit und Offenheit. Studien zu einer Theorie der modernen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Saake, Irmhild und Dominik Kunz, 2006: *Von Kommunikation über Ethik zu 'ethischer Sensibilisierung': Symmetrisierungsprozesse in diskursiven Verfahren*, *Zeitschrift für Soziologie*, 35(1): 41-56.

Diskussion zum Vortrag von Dr. Irmhild Saake

Simone Ehm: (...) Ich würde Sie gerne noch einmal fragen, welche Auswirkungen Ihrer Meinung nach diese Analysen jetzt auf die Frage haben, wie vor allem Kultur bioethische Debatten prägt. Was glauben Sie, welchen Einfluss wir hier zu beobachten haben?

Irmhild Saake: Ich würde sagen, es sind zwei Ergebnisse festzuhalten. Mir wäre es am wichtigsten, klarzumachen, dass die Sätze von Betroffenen als Sätze einer jeweils konkreten Gegenwart zu interpretieren sind. Wir hören zwar, dass jemand sagt, er möchte so und so sterben, dass wir aber damit rechnen müssen, dass dieser Satz einer Situation zu verdanken ist, in der jemand jetzt gerade nicht von dem Thema betroffen ist. (...)

Das zweite wäre, die Unsicherheiten zu bewältigen, die wir dann haben, wenn wir auf den Willen zurückzugreifen. Das kann man empirisch sehen an dem, was ich aus der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie zusammengestellt habe. Wir können uns da nicht genau drauf verlassen. Die Unsicherheiten bewältigen wir, indem wir veröffentlichte Formen der Entscheidungsfindung finden und dabei werden offenbar ganz andere Sachen relevant. Also wenn wir Angehörige in dem Ausmaß mitreden lassen darüber, was mit einem Sterbenden passieren soll, müssen wir uns auch fragen, was in diesem Fall eigentlich die Interessen von Angehörigen sind.

Gerald Hartung: Ich habe eine Nachfrage zum Konzept der Autonomie. Und möchte mich eines Verdachtes verwehren, dass nämlich dieser Autonomiegedanke ein irrgeleitetes protestantisches Prinzip sei. Wenn wir die philosophischen Konzepte von Autonomie ansehen, sind sie entstanden aus dem Gedanken heraus, sich gegen Willkür *staatlicher* Gewalt zu wehren. Sie sind natürlich in der Zeit der Religionskriege entstanden, als man zur Freiheit seines eigenen Bekenntnisses stand, gegen willkürliche Übergriffe – die Folge dieser Entscheidung für ein Autonomiekonzept war die Trennung zwischen privat und öffentlich. Gedacht war aber immer, dass derjenige, der als Privatperson autonomer Willensentscheider ist, in seinem Leben an seiner Moralität und Religiosität orientiert ist.

Der Gedanke, den Herr Anselm heute morgen angesprochen hat, von den zerstörenden Kräften, wo Autonomie und Individualismus bedeutet, dass dieses Individuum nicht mehr geerdet ist in

moralischer und religiöser Hinsicht und es keine Orientierung mehr im Leben hat, gerade im Hinblick auf vorletzte und letzte Fragen der Existenz – das ist weder katholisch, noch protestantisch noch sonst wie, sondern es ist ein falsch verstandenes Autonomiekonzept (...). (...) niemals war Autonomie als Willkür gedacht, und schon gar nicht protestantisch.

Irmhild Saake: Ich würde auch nicht vom Protestantischen im Sinne einer Konfession reden, sondern als Soziologin interessiert mich am Protestantischen eher ein bestimmter Stil, zu reden. Nämlich überhaupt zu glauben, dass man selber seine eigene Wahrheit für sich finden kann. Das gehört dazu, und da finden wir soziologisch und historisch natürlich ganz viele Ansätze, so etwas zu ermöglichen. Völlig richtig. Es geht nicht um den Protestantismus als Konfession, sondern um ein gesellschaftliches Ideal der Mitbestimmung, und über sich selbst die Wahrheit herauszufinden. Und da würde ich einfach nur sagen, also wenn Sie sagen, das ist missverstanden von den Leuten, dann muss man zumindest zur Kenntnis nehmen, dass das offenbar massenhaft passiert. Und es hilft vielleicht auch nicht, einfach nur zu sagen: »Sie müssten das richtig verstehen«. (...)

Silke Schicktanz: Ich würde mir erlauben, da noch einmal ergänzend etwas einzubringen, (...). Nämlich welches Verständnis von Autonomie gibt es, gewissermaßen deskriptiv. Und dann könnte man ja noch einmal genauer hinschauen, reden wir über den ethischen und normativen Fachdiskurs oder versuchen wir, zu erfassen, was Autonomiekonzepte sind, wie sie in bestimmten Gesellschaften praktiziert werden oder umgesetzt werden. Das wäre eher so eine Art Alltagserfahrung, oder auch Alltagspraxis von Autonomie.

Und ich würde den zweiten Link zur gestrigen Diskussion machen, wenn Sie sich daran erinnern, dass wir darüber gesprochen haben, ob es so etwas wie eine Erlaubniskultur oder eine Verbotskultur ist. Ich würde mal versuchen, das in eine Autonomiediskussion zu übersetzen. Dass sich nämlich Autonomie einmal als ein Abwehrrecht versteht, (...) gerade in der bioethischen Debatte, als ein Abwehrrecht von vorhandenen, wahrgenommenen Mächten oder Kräften.

Und was wir, glaube ich, jetzt zugleich beobachten, und was es aber auch schon immer gab, die Idee, dass es aber so etwas ein Anspruchsrecht im Rahmen von Autonomie gibt. Und das greift

vielleicht ein bisschen das Konzept auf, was du vorhin eingebracht hast, Carmel, mit positiver Freiheit. Dass wir eben nicht nur das Abwehrrecht im Kopf haben, sondern plötzlich eine Diskussion über Wahlmöglichkeiten führen, wo wir z.B. davon ausgehen, dass das Öffentliche uns nicht nur beschränkt, sondern uns plötzlich neue Gestaltungsmöglichkeiten anbieten kann.

Und ich glaube, sei es, dass wir deskriptiv oder normativ über diese Fragen diskutieren, es einfach hilfreich sein könnte, sich diese verschiedenen Konzepte von Autonomie zumindest erst einmal vor Augen zu führen und sich selbst klar zu machen, auf welchen Ebenen man dazu eigentlich referiert. (...)

Irmhild Saake: Gerade die Philosophie ist u.a. ja Berater gewesen des Nationalen Ethikrates, den es unter Gerhard Schröder in Deutschland gegeben hat und da ist es ganz interessant, was die eigentlich geraten haben. Geraten haben die den Experten (...) ihre Sätze nicht als Sätze zu erzählen, die gelten, sondern als solche, die möglich sind, die darauf verweisen, dass man die Sachen auch anders sehen könnte usw.

Das ist für uns als Soziologen schon sehr interessant. Dass ein Experte, von dem man sich einen Rat erwartet, den er auf fundierter Basis erteilen soll, dass er sich angewöhnen soll, diesen Rat als vorläufig darzustellen. Und das möchte man auch den Zuhörern beibringen. (...). (...) mich als Soziologin interessiert daran eine Praxis, in der Autonomie erwartet wird, in der man aber gleichzeitig lernen kann, dass diese Entscheidung, die sie formulieren, nur für einen begrenzten Rahmen gilt. Und gar nicht mehr gedacht wird als eine, die übergreifend sein kann. Was historisch ja noch sehr neu ist.

Chayim Schell-Apacik: Das ist alles sehr theoretisch. Ich will jetzt nicht generalisieren, aber ich mache immer wieder die Erfahrung, wenn ich Krebspatienten oder Krebspatientinnen habe, wo man nicht mehr kurieren kann, mit Metastasen usw., dass die Pläne machen für ihre Zukunft, dass sie den Urlaub im nächsten Jahr planen, dass eine Karriere angegangen wird, dass die Krebserkrankung irgendwie in den Hintergrund rückt. Zwar schon wahrgenommen wird, aber nicht als so bedrohlich. Ich weiß nicht, ob Sie dazu irgendwelche Zahlen haben oder so etwas verifizieren können, wie Patienten reagieren, die so eine Diagnose haben, das scheint selektiv recht gut zu funktionieren, ich erkläre mir das dadurch, dass eine mentale Gesundheit nur wirk-

lich funktionieren kann, wenn man das ausblenden kann. Und ich habe irgendwie die Vermutung, dass dieses Phänomen dann auch im Hinblick auf den letzten Wunsch, den man haben mag, sich in irgendeiner Art und Weise niederschlägt. Ich weiß nicht, ob Sie etwas dazu sagen können? (...)

Irmhild Saake: Das ist sehr schön formuliert, und ich vermute mal, dass wir jetzt noch einen Zeitpunkt erleben, in dem es möglich ist, das zu sehen. Beigebracht wird den sterbenden aktuell, dass das eigentlich nicht so sein soll. Es gibt eine schöne Studie von Camilla Zimmerman darüber, dass genau diese Geschichten ganz typisch immer noch unter dem Etikett Verdrängung thematisiert werden, die mittlerweile als zunächst legitim erscheint, wo man aber sagt, dass muss längerfristig doch in einen offenen Diskurs führen. Dass man darüber reden kann, dass jemand stirbt, und was das bedeutet, usw.

Und das wäre genau das, wovon wir als Soziologen sagen würden: Es ist eigentlich schade, alle Menschen, die sterben, in diese Schablone zu pressen, dass man von ihnen erwartet, dass sie über sich selber Auskunft geben können müssen und sagen sollen, was sterben bedeutet, wie das für sie ist und wie sie das machen wollen. Genau die Sätze, die Sie geschildert haben, werden dann problematisch in so einem Rahmen. Sie haben das ja noch sehr unbelastet geschildert. Ein Berater im Sinne dieser Studie von Camilla Zimmerman würde sagen: Gut, dass kann der jetzt noch sagen. Aber das ist nur ein Zeichen, dass er verdrängt, und es muss jetzt langsam dahin führen, dass er sich auseinandersetzt mit dieser Problematik. Weil wir hören möchten, wie er sterben will, um ihm gerecht zu werden.

Wir haben in unseren eigenen Studien ein paar Interviews mit tatsächlich konkret sterbenden geführt (...). Einer, den wir gefragt haben, hat auf die Frage danach, was er möchte, schlicht gesagt: Er möchte nach Hause gehen, nach Hause auf seinen Speicher, da ein bisschen Ordnung machen und sich ein bisschen auf sein Sofa legen. Und das war's. Mehr wollte er nicht sagen. Das ist etwas, wo ich sagen würde, solche Sätze müssen wir beschützen, in Zukunft. Damit das noch möglich ist. Damit Menschen die Erlaubnis bekommen, sich nicht weiter mit ihrem Sterben auseinander setzen zu müssen.

Simone Ehm: Herr Raz, mich würde Ihre Meinung interessieren, ob es in Ihrer Kultur ähnliche Vorstellungen vom Tod gibt?

Aviad Raz: Ich frage mich eigentlich, was ist mit der Religion und der Säkularität und der Einstellung dieser Bilder eines guten Todes unter den Interviewpartnern, die Sie beschrieben haben? Ich bin erstaunt, dass Sie nicht die Religiosität der Interviewpartner angesprochen haben und ob das eine Auswirkung hatte auf ihre jeweilige Einstellung?

Viele Jahre lang kam eine dominante Vorstellung des guten Todes von der Religion. D.h., nicht religiöse Menschen sind in einer dementsprechend schlechteren Situation in dieser Hinsicht, in diesen Bildern oder Vorstellungen vom Tod, weil die Wissenschaft uns nicht erzählen kann, was die größere Bedeutung unseres Todes ist. Manchmal kann sie uns erzählen, warum wir sterben, aber sie kann uns nicht die größere, oder weitere Bedeutung des Todes erklären.

Und deswegen ist das einzige, was die Medizin machen kann, in Bezug auf den Tod, Palliativmedizin anzubieten. Ein interessantes Beispiel für diese interkulturelle und interreligiöse Analyse ist eben der Fall dieser Hospize, wenn wir über Palliativmedizin sprechen. Das erste Hospiz wurde (...) von christlichen Werten inspiriert und ich habe an einer Studie einmal teilgenommen über das erste Hospiz, das in Israel aufgemacht wurde, etwa 20 Jahre nachdem es in der Welt das erste Hospiz gab. Und interessanterweise kam heraus, dass keine religiösen Menschen in ein solches Hospiz eingeliefert wurden. In Israel zumindest, wurde das so gesehen, dass das eigentlich eine säkulare Einrichtung ist, da die Entscheidung, in ein Hospiz zu gehen, von vielen Menschen so angesehen, dass es bedeutet, dass man selbst den

Tod schneller herbeiführen will. Dass man will, dass der Tod schneller kommt. Auf eine Art und Weise, die nach der jüdischen Religion als zu schnell, zu eilig, oder als zu sehr darauf drängend angesehen würde. D.h., das zeigt die Unterschiede, nicht nur zwischen der Säkularität und der Religiosität, sondern es gibt natürlich auch Unterschiede zwischen den Religionen.

Irmhild Saake: (...) Was wir finden, ist, dass eine Kultur in Hospizen, auch Palliativstationen gibt, die von der klassischen Form von Religiosität relativ weit entfernt ist, (...). Es gibt etwas, dass sich »spiritual care« nennt, was ja diesen Schritt noch einmal weiter macht von der objektiven Religion hin zur individuellen Religiosität, zu etwas, was noch abstrakter ist, noch allgemeiner, »Spiritualität.« Und was, wenn man es sich soziologisch anguckt im weitesten Sinne eher Formen der biografischen Auseinandersetzung darstellt. Man versucht, die Leute ins Gespräch zu bringen, über dies und das. Als religiöse Besonderheiten würde ich da ehrlich gesagt sehr wenig finden, kulturelle insofern, als man sagen würde, es gibt einen Anspruch unserer Kultur, unserer Gesellschaft im Vorgang des Sterbens etwas anderes wiederzufinden als nur den eigenen Willen. Man möchte auch die Situation des Sterbens selber repräsentiert haben. Und darüber kann man erklären, dass Verfahren gesucht werden, wie, so würde ich z.B. auch sagen, dieses Verfahren mit der Zeitschaltuhr. Dass ich als Soziologin dann als Ritual interpretieren würde – die albern erscheinen – die aber eine Distanz schaffen zu dem individuellen Willen des Sterbenden oder des Handelnden, wie auch immer. Was über Rituale funktioniert. 

Abschlussdiskussion: Der Einfluss von Religion und Kultur auf Entwicklung und Bewertung der Biomedizin

Der Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin – ein Deutsch-Israelischer Dialog. Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, Berlin, 29.-30.11.2007

Simone Ehm: (...) Zuerst wird uns Frau Mordhorst freundlicherweise einen kurzen Tagungskommentar zur Abschlussfrage unseres Podiums nach dem Einfluss von Religion und Kultur auf die Entwicklung und Bewertung von Biomedizin geben.

Melanie Mordhorst: Wir haben uns in den letzten zwei Tagen mit dem Einfluss von Religion und Kultur auf Biomedizin aus unterschiedlichen Blickwinkeln beschäftigt. Aus jüdischer und christlicher Sicht, aus israelischer und deutscher Perspektive, aus sehr individuellen und auch aus soziologischen und sozialetischen Perspektiven.

Es gab dabei ein ganz großes Themenspektrum, was aufgemacht wurde. Am Anfang des Lebens: Die »artificial reproductive techniques«, Pränataldiagnostik und Screening, Schwangerschaftsabbruch, der Status des Embryos, Forschung an embryonalen Stammzellen. Am Lebensende: Sterbehilfe, Patientenverfügung, Todesbilder und Interpretationen derselben.

Der Einfluss von Religion und Kultur ist natürlich auch sehr weit gefasst. Um mit der Kultur zu beginnen (das ist natürlich nicht ganz zu trennen, wie wir immer wieder auch gemerkt haben): Es kam immer wieder die Geschichte zur Sprache, die Shoah, die deutsche Vergangenheit, die die Debatte bis heute prägt, Stichwort Euthanasie. Um diesen Punkt sind wir an mehreren Stellen nicht drum herum gekommen, auch wenn wir aus Israel und Deutschland verschiedene Zugänge dazu haben.

Die Gesetzgebung stand ganz zentral im Mittelpunkt verschiedener Vorträge. Zum Lebensbeginn von Frau Wiesemann und Herrn Raz, zum Lebensende haben Frau Ehm und Frau Shalev eingeführt. Ist es in Deutschland eher ein Verbotskultur, in Israel eher eine Erlaubniskultur? Kann man es auf diese Stichworte bringen?

Interessant fand ich, dass es grundsätzlich in beiden Religionen in den Gesetzgebungen um einen

Lebensschutz ging, der aber in beiden Religionen auch jeweils mit starken Ausnahmeregelungen versehen war. Speziell beim Fokus auf die Religion kam immer wieder der Rückbezug auf die normativen Schriften. Dort gab es Gemeinsamkeiten, (...) z.B. den Schöpfungsgedanken, der ja in beiden Religionen eine zentrale Rolle spielt.

Es gibt aber auch Unterschiede im Umfang der normativen Schriften, das wurde vor allem heute Vormittag sehr deutlich, dass es da auch zu Unverständnis kommt, wenn die neutestamentarischen, apokalyptischen Schriften beispielsweise Talmudzitate gegenüber stehen, was einfach sehr verschiedenen Denktraditionen sind. Es gibt große Unterschiede in der Interpretation dieser heiligen Schriften. Die Schöpfungsberichte habe ich bereits erwähnt. Ist nun, wie im Judentum, der Mensch eher als Partner Gottes zu sehen, der ausgestattet wurde mit vielen Fähigkeiten und dem Auftrag, die Welt aktiv zu verbessern? Oder ist das, wie im Protestantismus häufig befürchtet, dann eher ein »Gott spielen«, was starke Begrenzungen impliziert? Ist es dann in der Auslegungstradition im Judentum eher kasuistisch, Herr Steinberg hat darauf hingewiesen – oder ist es wie im Protestantismus, wie das bei Herrn Anselm anklang, eher von den allgemeinen Prinzipien gedacht?

Interessant fand ich, dass in beiden Religionen die Prinzipien der Autonomie und Heiligkeit des Lebens eine große Rolle spielen, wenn auch beide anscheinend unterschiedlich gefüllt werden, unterschiedlich angewandt werden? Sehr schade finde ich, dass Herr Steinberg und Herr Anselm jetzt nicht mehr da sein können, denn an verschiedenen Punkten der Diskussion wurde darauf ja immer wieder hingewiesen. Es wäre spannend gewesen, dem vertieft nachzugehen.

Als Mini-Fazit und vielleicht gleichzeitig auch Ausblick auf die Diskussion scheint es mir ein kleines Ergebnis zu sein, dass es in beiden Religionen und in beiden Gesellschaften nicht »die eine« Antwort gibt. Das ist ja auch den Problemen, mit denen wir uns beschäftigt haben, am Lebensbeginn, am Lebensende, wo es um Leben und Tod geht, um Entscheidung für sich selbst, oder für andere, sehr angemessen. Wir leben mit diesen Inkonsistenzen, Inkonsistenzen, müssen Güter gegeneinander abwägen. Haben sehr individuelle Zugänge zu den Problemen und müssen

gleichzeitig auch diese gesellschaftliche Dimension mit im Blick haben, was das impliziert. Eine Fülle von Themen, Zugängen und Antwortmöglichkeiten. Ein sehr spannendes Thema, und ich denke es ist wichtig, auch weiterhin in der Diskussion zu bleiben.

Simone Ehm: (...) Ich würde gerne in einer ersten Runde auf dem Podium noch einmal bündeln, was wir als zentralen Einfluss von Religion und Kultur auf die Biomedizin zusammenfassen würden.

Claudia Wiesemann: Gerade der letzte Vortrag hat mir noch einmal einiges zu denken gegeben. Ich glaube, Religion spielt unterschiedliche Rollen. Eine Rolle ist sicher da, wo es um die Frage geht, sind wir eigentlich diskursive Wesen oder gibt es einen Kern unserer Identität oder unseres Seins, den es zu verteidigen gilt? In dieser Auseinandersetzung spielt Religion eine Rolle, aber auch eine ambivalente. Sie kann verstanden werden als der Verteidiger des Kerns, unseres Wesentlichen, dass wir ein Wesen der Schöpfung sind, oder wir etwas Authentisches haben, was nicht vereinnahmt werden darf. Es kann aber auch sein, dass Religion genauso in dem diskursiven Zirkel bleibt und neue Geschichten erzählt über uns, wie wir uns zu verhalten haben im Verhältnis zur Medizin.

Es ist interessant, diese beiden Aspekte zu untersuchen. Wo verorten wir die? Wenn ich Frau Shalev höre, wie Rabbis dieses Gesetz mitgestaltet haben, dann würde ich sagen, dieses Gesetz versucht so etwas wie ein Wesen des Menschseins, des am Leben Seins, zu verteidigen, gegen... ja, gegen was? Ich frage mich manchmal sogar, was ist eigentlich die Bedrohung, gegen die dieses differenzierte, subtile Gesetz aufgebaut wird.

Carmel Shalev: Wenn Sie möchten, gebe ich eine Zusammenfassung zum gegenwärtigen Gedanken: Ich war sehr beeindruckt von dem eben gehörten Beitrag. Und das hat dazu geführt, dass ich mich nach der Autonomie gefragt habe. Ich habe verstanden, dass es sehr schwierig für uns ist, uns unseren Tod vorzustellen. Und dass unser Wille sehr stark davon abhängt, wie die Gegenwart ist. Als eine weltliche Person denke ich: Das, was ich jetzt mitnehme, ist, dass es eine spirituelle Dimension gibt, die nicht unbedingt religiöser Art ist. Das bezieht sich auch auf die Definition dessen, was ein Selbst ist, das diese Autonomie besitzt. Es wäre interessant, zu untersuchen, was wir selbst von uns denken und wie wir uns wahrnehmen als dieses Wesen und ob dieses Wesen so abhängig ist von der sich verändernden

Welt. Ob dieses Wesen einen Willen hat, oder nicht, der dann wiederum berücksichtigt werden sollte oder auch nicht, wenn wir zur Behandlung am Ende des Lebens kommen.

Ich denke, es gibt da diese Frage der Beziehung des Menschen zur Technik. Ob wir nun unterstützt werden von Maschinen oder beschränkt werden von Maschinen, ob die Maschinen eine künstliche Verlängerung des Selbst sind. Das hängt ja sehr viel zusammen mit posthumanen Ideen von den Cyborgs, von Personen, die nicht natürlich sind.

Wie behandeln denn die verschiedenen Religionen die Technik? Als eine natürliche Kraft, oder als eine Kraft, die sich einmischt in die Natur? Ich würde sagen, dass der Judaismus mehr der Ansicht ist, dass Technik eine Möglichkeit ist, mit der Natur in Partnerschaft zu treten. Aber es könnte sein, dass andere Religionen die Technik als Einmischung in die Natur betrachten. Ich denke, dass wirklich ganz profunde Fragen aufgeworfen wurden. Und da haben wir noch viele Möglichkeiten zum Nachdenken.

Irmhild Saake: Ich würde sagen, dass Religion historisch ein ganz wichtige Kraft war, Menschen zu dem Gefühl zu führen, genauer herauszufinden, was mit ihnen ist, was sie machen möchten. Sich selbst transparent zu machen. Und das gilt ganz klassisch für den Protestantismus. (...) Was man (...) sehen kann, ist, dass wir eben sehr stark angefangen haben, zu reden, diskursive Wesen zu werden, aber auch an uns zu erleben, dass etwas, was versprachlicht wird, banal klingt, indem es ausgesprochen wird. Dies initiiert in dieser Situation eine neue Bewegung: Etwas zu suchen, was authentischer wiederum wirkt als das, was man versprachlichen kann. Also wieder neue religiöse Formen und das ist das, was ich immer wieder betont habe: Es produziert die Bereitschaft, sich Ritualen anzuvertrauen. Zu glauben, dass man an etwas Halt finden kann, was jenseits der eigenen, einfachen, banalen, konkreten Sätze funktionieren kann.

Simone Ehm: Und die Rolle von Kultur, wollen Sie da auch noch etwas zu sagen?

Irmhild Saake: Ich würde es an der Stelle nicht mehr auseinander halten. Weil es sich nur bewährt, wenn man Religion als etwas begreift, was auf einen gemeinsamen Horizont hinweist. Das ist in den meisten Fällen, wahrscheinlich auch bei überzeugten Protestanten, nicht der Fall. Wenn man religionssoziologisch fragt, ob jemand an ein

Jenseits glaubt, dann bekommt man ganz erschreckende Antworten. Insofern würde ich da nicht so einen großen Unterschied machen.

Aviad Raz: Ich denke nicht, dass es eine Schlussfolgerung für diese Konferenz geben kann und ich denke nicht, dass das die Absicht war. Ich denke, die Absicht war eher, dass wir eine Diskussion eröffnen, und das wir aus der Doppelperspektive die verschiedenen Betrachtungsweisen sehen und das war wirklich sehr erfolgreich. Wenn ich versuche, einen gemeinsamen Nenner von den unterschiedlichen Themen und Ansichten zu finden, dann, dass aus unterschiedlichen Richtungen jeder Deutsche, jeder Israeli, egal ob weltlich oder religiös gebunden, wir alle nach Authentizität suchen. Nach etwas, was unsere Suche nach Bedeutung, nach Sinn definieren kann. Das ist wie eine Pilger-Reise, die jeder individuell macht.

Als weltliche Person war ich überrascht, und wirklich inspiriert davon, dass die Religion relevante Vorschläge machen kann in Bezug auf eine solche Pilgerreise. Und ich denke das, obwohl ich bin wer ich bin: Ich bin Israeli, ich bin eine weltliche Person und sitze und höre zu und ich selber habe dann die Position eines Beobachters. Das ist vielleicht auch ein berufliches Risiko eines Soziologen. Aber ich denke, das war auch das Ergebnis dieser Art und Weise, wie diese Konferenz funktioniert hat und ich denke, das war vielleicht die allerbeste Anzeige für den Erfolg dieser Konferenz, weil die Atmosphäre geliefert wurde für gegenseitige Beobachtungen. Vielen Dank dafür.

(...)

Simone Ehm: Wir haben uns überlegt, dass wir gerne mit einer Vision enden würden, und unsere Referenten auf dem Podium fragen möchten, was denn der wünschenswerte Einfluss von Religion und Kultur auf die zukünftigen Debatten ist. Wir haben darüber gesprochen – eher deskriptiv – wie wir den Einfluss beschreiben würden. Eine ganz kurze Abschlussrunde: Was wünschen wir uns?

Irmhild Saake: Ich würde gerne aufnehmen, was mein israelischer Kollege gesagt hat, dass wir Bedingungen schaffen, uns auch als Beobachter mit diesem Thema auseinander zu setzen, uns Zeit zu nehmen, uns anzuschauen, womit wir konfrontiert sind und worum es geht. Ich habe mit meinem Chef zusammen mal an einer Onlinedebatte zum Thema Sterbehilfe teilgenommen. Wir haben uns erlaubt, in diesem Rahmen auf Fragen, wie ich sie hier auch formuliert habe, hinzuweisen. Wir haben dafür sehr viel Kritik

bekommen von anderen Kollegen aus der Theologie, aus der Philosophie, die gesagt haben: Das sind alles viele Fragen, aber was hilft uns das jetzt, das klärt nichts, wir müssen jetzt entscheiden. Und daraufhin haben wir gesagt, es geht immerhin um etwas. Wenn es bei diesem Thema nicht möglich ist, eine Situation zu schaffen, in der wir in Ruhe einmal darüber nachdenken können und uns vor Augen führen können, wie unser Alltag aussieht, dann weiß ich nicht, welchen Grund man noch haben sollte, um sich Zeit fürs Nachdenken zu verschaffen.

Und da würde ich mir wünschen, dass es eine Kultur gibt, so wie wir sie heute erlebt haben, wo man sich das in Ruhe anschauen kann, vielleicht auch nicht erzwingen muss, dass man sofort weiß, was dabei herauskommt. Sich zunächst einmal damit konfrontiert, dass es unterschiedliche Perspektiven gibt, um ein bisschen nachdenklicher zu werden und davor zurückzusehen, schnell nach Lösungen zu rufen.

Claudia Wiesemann: Bioethik sehe ich als ein Teil der Kultur an. Kultur ist für mich die symbolische Gestaltung unserer Wirklichkeit. Bioethik ist ganz sicher ein Aspekt davon. Was für eine Rolle könnte Religion dabei spielen? Ich glaube, in der heutigen Zeit ist es sehr wichtig, uns darauf aufmerksam zu machen, dass wir Wesen sind, die in Beziehungen zu anderen stehen. Die Bedeutung des »In-Beziehung-Seins« herauszustreichen und uns dafür zu sensibilisieren. Sei es, zu einer uns transzendierenden Idee, wie einem Schöpfer, sei es aber auch einfach nur als ein Wesen, das in Beziehung zu seinem nächsten steht, seinem Partner, seinem Kind, seiner Familie. Dieser Aspekt, glaube ich, hat wenig Gewicht in unserer aktuellen Bioethik-Debatte. Und ich höre diese Impulse, die aus den Religionen kommen. Und die greife ich persönlich immer sehr gerne auf.

Carmel Shalev: Mein Wunsch ist, dass wir die Weisheit finden. Es ist aber eher emotionale Weisheit, keine intellektuelle Weisheit, die wir brauchen. Ich denke, wir brauchen noch viel Arbeit an unseren Emotionen und um diese Weisheit zu finden, damit die Technologie das tut, was wir wollen. Dass wir also nicht manipuliert werden von der Technologie in Situationen, die wir nicht wollen.

Aviad Raz: Nur kurz, weil die Wünsche mit meinen übereinstimmen.. Ich wünsche mir eine ähnliche Konferenz in Israel, wo wir Gäste aus Deutschland dabei haben. Ich fühlte mich hier

etwas in der Minderheit. Und ich denke, es sollte auch eine Fortsetzung hier geben. Und auch der Ort dieser Konferenz ist sehr wichtig. Ich denke, für Carmel, aber auch für mich ist es sehr wichtig, hier herzukommen und diesen Dialog zu haben, In Berlin mit einem Ausblick auf den Wannsee, wo auch die Wannsee-Konferenz stattfand, das hat sehr viel Bedeutung von uns. Und ich wünschte mir, dass wir etwas Ähnliches auch in Israel machen können. Vielleicht nächstes Jahr in Jerusalem?

Simone Ehm: Danke für die Einladung.

Silke Schicktanz: Als eine der Veranstalterinnen möchte ich zum Schluss noch ein kurzes Resümee ziehen.

Diese Frage des Wechselverhältnisses, was sind Einflüsse, wie funktioniert eigentlich dieses ge-

genseitige Beeinflussen dieser verschiedenen Kulturfaktoren, wird uns weiterhin beschäftigen.

Es ging am Anfang darum, Religion und Kultur als zwei zentrale Faktoren ins Hauptaugenmerk zu nehmen. Deswegen hatten wir einen Ländervergleich, wir hatten zwei verschiedene Religionen, wir hatten aber auch Religiosität versus Säkularität als Thema. Ein dritter Punkt, der mir auch noch wichtig ist: Wir hatten auch Expertenkulturen als Gegenstand der Auseinandersetzung, aber auch den soziologischen, den normativen und den theologischen Standpunkt. Und ich nehme als eine säkulare Ethikerin, die an normativen Fragen interessiert ist, mit, wie sehr auch säkulares Denken immer beeinflusst ist von religiösen, philosophie-geschichtlichen Einflüssen, wie aber auch umgekehrt die Wahrnehmung von dem, was Religiosität ist, sehr von Öffentlichkeitskonstruktion abhängt. 

Teilnahmeliste

Tagungsleitung:

Ehm, Simone
Evangelische Akademie zu Berlin
Berlin

Prof. Dr. Schicktanz, Silke
Georg-August-Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Göttingen

Referentinnen/Referenten:

Prof. Dr. Anselm, Reiner
Georg-August-Universität Göttingen, Theologische Fakultät,
Göttingen

Dr. Godel, Erika
Evangelische Akademie zu Berlin
Berlin

Prof. Dr. Raz, Aviad
Ben Gurion University of the
Negev, Faculty of Humanities
and Social Sciences
Beer-Sheva

Dr. Saake, Irmhild
Ludwig-Maximilians-Universität
München, Institut für Soziologie
München

Dr. Shalev, Carmel
Tel Aviv University, The
Buchmann Faculty of Law /
Ramat Aviv
Tel Aviv

Prof. Dr. Steinberg, Abraham
Shaare Zedek Medical Center
Jerusalem

Prof. Dr. Wiesemann, Claudia
Georg-August-Universität Göttingen,
Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin
Göttingen

Teilnehmende:

Bader, Judith
Berlin

Brehmer, Sven
Tilburg University
LE Tilburg

Dämmig, Larissa
Bet Debora e. V., Vorstand
Berlin

Dippel, Carsten
Potsdam

Dürnberger, Martin
Institut TTN an der LMU München, Projektmitarbeiter
München

Eggers, Jonathan
Berlin

Ender, Christian
Berlin

Felkel, Susanne
FB + E Forschung, Beratung +
Evaluation in Medizin,, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen
Berlin

Dr. Fischmann, Tamara
Sigmund-Freud-Institut
Frankfurt/M

Gloger, Martin
Georg-August-Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Göttingen

Dr. Gockel, Matthias
Argenthal

Griepentrog, Elena
Büro für Kommunikation
Berlin

Grollnitz, Christa
Potsdam

Dr. Grüber, Katrin
Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft
Berlin

PD Dr. Hartung, Gerald
Forschungsstätte der Evangeli-

schen Studiengemeinschaft e. V.
Heidelberg

Hurwitz, Peter Joel
Suhr

Koster, Edwin
Vrije Universiteit Amsterdam
RE Amsterdam

Dr. Lavi, Shai
Tel Aviv University,
Taubenschlag Institute of
Criminal Law / Faculty of Law
Tel Aviv

Marx-Stölting, Lilian
Interfakultären Zentrum für Ethik
in den Wissenschaften (IZEW)
Tübingen

Minzlaff, Gabriele
Berlin

Mordhorst, Melanie
Marburg

Nolte, Nina C.
Münster

Dr. med. Schell-Apacik, Chayim
DRK-Klinikum Berlin-Westend
Berlin

Schemel, Joachim
Auswärtiges Amt, Referat 404
Berlin

Dr. Singer, Jechezkel
Jüdisches Krankenhaus Berlin,
Chefarzt
Berlin

Prof. Dr. Vogel, Hans-Peter
Berlin

Dr. Vogel, Heide
Berlin

Weiß, Gabriele
Berlin

Wellmann, Lydia
Falkensee

Prof. Dr. Werner-Felmayer, Gabriele
Innsbruck Medical University,
Division of Biological Chemistry
/ Biocenter
Innsbruck

Widrat, Werner
Jüdisches Krankenhaus Berlin
Berlin

Wild, Verina
Institut für Biomedizinische Ethik
Universität Zürich
Berlin

Dr. Willms, Judith
Berlin

Wöhlke, Sabine
Georg-August-Universität Göttingen,
Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin
Göttingen

Yarom, Sahawa
Landesverband Jüdischer Ärzte
und Psychologen Berlin e. V.
Berlin

