

Die österreichischen Bischöfe

6

Leben in Fülle

Leitlinien für
katholische Einrichtungen
im Dienst der
Gesundheitsfürsorge

Die österreichischen Bischöfe

6

Leben in Fülle

Leitlinien für
katholische Einrichtungen
im Dienst der
Gesundheitsfürsorge

Österreichische
Bischofskonferenz

Inhaltliche Übersicht

Vorwort	4
Einleitung: Der Heilsauftrag der Kirche	6
1. Grundsätzliches Anliegen: Der Dienst am Menschen	
1.1. Das Leben als fundamentales Gut der Person (»Evangelium vitae«)	9
1.2. Ganzheitlichkeit des Heilungsauftrags	9
1.3. Die Sicherung der Menschenwürde im Spannungsfeld von Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorge	10
1.4. Die Schweigepflicht	11
2. Spezielle Problemfelder: Helfen, wo es Not tut	
2.1. Menschliches Leben am Beginn	13
2.1.1. Der Schutz des menschlichen Embryos	13
2.1.2. Handlungen mit doppelter Wirkung	15
2.1.3. Sexualität und Fortpflanzung	16
2.1.3.1. Das Prinzip der verantworteten Elternschaft	17
2.1.3.2. Natürliche Empfängnisregelung (NER)	18
2.1.3.3. Orale Kontrazeptiva (Pille)	19
2.1.3.4. Sterilisation	19
2.1.4. Medizinisch assistierte Fortpflanzung	20
2.1.5. Präimplantationsdiagnostik und pränatale Diagnostik	21

2.2. Der Mensch an seinem Lebensende	22
2.2.1. Sterbehilfe und Euthanasie	22
2.2.2. Feststellung des Todes	24
2.2.3. Patientenverfügung	25
2.2.4. Pastorale Sorge der Kirche für Kranke und Sterbende	26
2.3. Besondere Fragen der medizinischen Ethik	27
2.3.1. Transplantationen	27
2.3.2. Medizinische Forschung am Menschen	28
2.4. Neue Herausforderungen durch die biomedizinische Entwicklung	31
2.4.1. Genetische Tests und Gentherapie	31
2.4.2. Forschung und Therapie mit Stammzellen	32
2.4.3. Klonen von Menschen	33
2.5. Strukturelle Fragen der Gesundheitsökonomie	34
2.5.1. Problematik	34
2.5.2. Sittlich verantwortliche Lösungsansätze	35
Schlusswort	36
Literaturangaben	37

Vorwort

Im Auftrag der Österreichischen Bischofskonferenz wurden Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge erarbeitet. Gedacht sind sie vor allem für Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft, sie können jedoch für jeden Arzt hilfreich sein, der darauf Wert legt, sein ärztliches Handeln zu überprüfen und zu überlegen, ob es den Ansprüchen der Ethik gerecht wird.

Die Erstellung dieser nun vorliegenden Leitlinien war ziemlich langwierig: Nach Sichtung der Dokumente des Hl. Stuhles, der Charta der Barmherzigen Brüder, der Richtlinien der amerikanischen Bischöfe und einschlägiger Literatur entwarf Dozent Dr. Josef Spindelböck eine erste Vorlage, die nach Studium und Besprechung mit dem Institut der Österreichischen Bischofskonferenz IMABE mehrmals überarbeitet wurde. Darauf folgte eine ausgiebige Konsultation mit Einbeziehung von Doz. Dr. med. Mag. theol. Rudolf Curik, Univ.-Prof. DDr. Günther Pöltner, Univ.-Prof. Dr. Walter Schaupp, Univ.-Prof. Dr. Günter Virt, Univ.-Prof. Dr. Josef Weismayer, Bischof Dr. Ludwig Schwarz, Weihbischof Dr. Franz Lackner und Weihbischof Dr. Andreas Laun. Ich danke allen sehr herzlich für ihre bereitwillige, mit großem Engagement vorgenommene, gewissenhafte Mitarbeit.

Die genannten Professoren und Bischöfe haben umfangreiche Stellungnahmen abgegeben und Verbesserungsvorschläge unterbreitet, die alle eingearbeitet wurden. Auf Anregung von Univ.-Prof. Virt wurde der Text von einem in der Materie kundigen Journalisten sprachlich überarbeitet und schließlich allen österreichischen Bischöfen zum Studium vorgelegt. Schließlich erfolgte am 10. November 2005 bei der Vollversammlung der Österreichischen Bischofskonferenz in Rom die einhellige Approbation.

Probleme und Fragen, denen sich heute die Ärzte, das Krankenhauspersonal, die Patienten und deren Angehörige stellen müssen, sind sehr komplex und bedeuten eine große Herausforderung. Es ist zu hoffen, dass diese Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge in diesen Tätigkeitsbereichen eine Hilfe darstellen.

A handwritten signature in black ink, reading "Klaus Küng". The signature is written in a cursive, flowing style with a small cross-like mark at the beginning.

Bischof DDr. Klaus Küng

*Referent der Österreichischen Bischofskonferenz
für Bioethische Fragen*

St. Pölten, im November 2005

EINLEITUNG

Der Heilsauftrag der Kirche

Die katholischen Bischöfe Österreichs stellen hiermit *Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge* vor. Sie sollen diese in ihrem Ziel stärken, den Heilsauftrag der Kirche wirksam und präsent zu machen¹, um der vielfältigen Not der Menschen in ihrer leiblichen und seelischen Dimension mit der Liebe Christi zu begegnen, der der Arzt ist für den ganzen Menschen und ihm das Leben in Fülle verheißt. Mit der Vorlage dieses Dokumentes verwirklichen die Bischöfe einen kirchlichen Auftrag, der die gesamtkirchlichen Vorgaben auf der Ebene der Teilkirchen zur Anwendung bringt und damit in Einheit mit Jesus Christus einen Dienst am Menschen zu leisten beabsichtigt, der der »Weg der Kirche ist«².

Wie kann die Kirche ihre Kompetenz in der »Kunst des Heilens«, aber auch in der Sterbebegleitung – d. h. in der »ars salvandi« und der »ars moriendi« – einbringen? Christus ist der Arzt für Leib und Seele. In seiner Nachfolge und in lebendiger Verbundenheit mit ihm stellt sich die Kirche der Frage, wie sie am Beginn dieses Jahrtausends ihren Dienst am leidenden und hilfsbedürftigen Menschen im Geist Christi wirksam erfüllen kann. In der Einheit von Evangelisierung und Humanisierung gilt die pastorale Sorge der Kirche vor allem den an Leib und Seele Kranken und Leidenden.

Dankbar anerkennen die Bischöfe die Präsenz und Wirksamkeit einer Vielzahl kirchlicher Einrichtungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge. Insbesondere die Ordensgemeinschaften leisten hier in Verbundenheit mit kundigen Fachkräften und Mitarbeitern der verschiedenen ärztlichen, heilenden und pflegerischen Berufe in ihren Krankenhäusern und sozialen Einrich-

1 Vgl. *Mt* 10,8: »Heilt Kranke, weckt Tote auf, macht Aussätzige rein, treibt Dämonen aus! Umsonst habt ihr empfangen, umsonst sollt ihr geben.«

2 Vgl. Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben »*Salvifici doloris*« (= SD) über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens, 11. Februar 1984; Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion »*Donum vitae*« (= DoV) über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, 22. Februar 1987; Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen (= ChG), Vatikan 1995; Johannes Paul II., Enzyklika »*Evangelium vitae*« (= EV) über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, 25. März 1995.

tungen Großes, wofür ein besonderer Dank und zugleich eine Ermutigung ausgesprochen werden sollen.³

Nur dann, wenn die Kirche ihre eigene Identität und die ihrer Einrichtungen in Übereinstimmung mit dem Vorbild und der Lehre Christi bewahrt, kann sie nach dem Vorbild des barmherzigen Samariters wirken und den Menschen dienen.⁴ Gottes Weisung und Gesetz schützt und garantiert die Würde des Menschen. Die Verantwortlichen und Mitarbeiter katholischer Krankenhäuser sowie anderer kirchlicher Häuser und Institutionen im Dienst der Gesundheitsfürsorge und der Pflege haben daher das *Recht und die Pflicht, sich in allem nach den Geboten Gottes auszurichten*, die das Lehramt der Kirche verbindlich verkündet und auslegt. Maßgeblich bleibt in allem das Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe, das sich in konkreten sittlichen Weisungen ausdrücken muss, um wirksam zu werden. Diese entsprechen in ihrem wesentlichen Inhalt zugleich dem, was die philosophische Einsicht als das »natürliche Sittengesetz« anerkannt hat, auf dessen Basis eine Kommunikation mit allen Menschen guten Willens möglich ist. Faktisch ist diese universale Basis auch im Ethos der Menschenwürde und der Menschenrechte gegeben. Dabei geht es sowohl darum, normative Standards abzusichern wie auch entsprechend der Dynamik der Liebe zu einem kreativen »Mehr« des Einsatzes für ein »Leben in Fülle« zu ermutigen.

Der Sinn des menschlichen Leidens wird in Jesus Christus erhellt. Erst im Heilsgeheimnis von Leiden und Sterben, von Tod und Auferstehung unseres Herrn können falsche oder unzureichende Antworten überwunden werden. Erlösung bedeutet die Befreiung vom Bösen – von der Sünde und ihren Folgen – sowie das Geschenk des ewigen Lebens in Gott und steht deshalb in enger Beziehung zum Problem des Leidens.⁵ Freiwillig hat der Sohn Gottes das Leiden und den Tod auf sich genommen, um uns in der Solidarität seiner Liebe das Heil zu schenken, das in seiner Auferstehung für uns offenbar geworden ist.

3 So bemüht sich der Orden der Barmherzigen Brüder – hier exemplarisch genannt auch für alle übrigen Orden, Gemeinschaften und Einrichtungen der Kirche – entsprechend seinem Charisma, »die Welt des menschlichen Leidens durch den Aufbau von Gesundheits- und Sozialwerken zu evangelisieren, in denen der menschlichen Person ein ganzheitlicher Dienst angeboten wird«. – Charta der Hospitalität (= ChH). Die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen in der Nachfolge des heiligen Johannes von Gott. Übersetzung aus dem spanischen Original, hg. von den Barmherzigen Brüdern, Regensburg 8. März 2000, Nr. 1.3.

4 Vgl. SD 28–30; EV 27.

5 Vgl. SD 14. Leiden und (erlebter) Tod sind bibeltheologisch eine Folge der Sünde; sie gehören nicht zur anfänglich »guten« Schöpfung; vgl. *Gen* 3,16–19.

Der Trost endgültig zugesagter göttlicher Liebe vermag die Unbegreiflichkeit des Leidens auf Erden nicht aufzuheben. Dennoch schenkt der Glaube Kraft für die Annahme dessen, was Gott uns an Leidvollem und Schwerem zumutet. Die Kirche ist all jenen verbunden, die Leiden zu tragen haben und nach Antworten suchen. So setzt sie sich einerseits kompromisslos für Heilung ein, begleitet aber andererseits die Menschen auf dem Weg der Sinnfindung und der Annahme unvermeidbaren Leids.⁶

Durch diese Leitlinien sind in erster Linie die Verantwortlichen und Mitarbeiter katholischer Einrichtungen im Dienste der Gesundheitsfürsorge angesprochen. Zugleich sind diese Überlegungen ein Anstoß für den ökumenischen und interreligiösen Dialog, da es sich um Fragen handelt, die das Menschsein als solches betreffen. Auch Nichtglaubende sind eingeladen, diese Ausführungen von einer Perspektive der Humanität aus zu würdigen. Gerade in einer pluralistischen Gesellschaft, in der das Wertefundament zu erodieren droht, braucht es die Zusammenarbeit aller Menschen guten Willens, um das Gesamtwohl der menschlichen Person zu schützen und die Werte des sozialen Zusammenlebens zu fördern.

Wenn sich Christen in der Lebensfrage zu Wort melden, dann tun sie dies gleichsam im Namen der ganzen Menschheit. Das Leben als solches ist eine Gabe und Aufgabe, die von allen Menschen guten Willens wieder neu entdeckt werden soll.

6 Für die ewige Vollendung gilt: Gott »wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen« (*Offb* 21,4). Auf Erden bleibt eine völlig leidfreie Gesellschaft dagegen eine Utopie, die der christlichen Auffassung gegliückten Menschseins widerspricht. Das zweifelhafte Ziel, Leid »abzuschaffen«, wird unter anderem erkaufte durch sublimen Gewaltanwendung (vgl. die Euthanasiefrage), durch Manipulation des Menschlichen (z. B. durch die gentechnische »Korrektur« des Menschen) und die Ausblendung wesentlicher Erfahrungen (wie der Kontingenz). Völlig leidfreies Leben auf Erden ist unmöglich und wäre sogar unmenschlich.

1. Grundsätzliches Anliegen:

Der Dienst am Menschen

1.1. Das Leben als fundamentales Gut der Person

(»*Evangelium vitae*«)

Wenn auch das physische Leben keineswegs das höchste Gut des Menschen darstellt, so kann es doch in gewisser Weise als das grundlegendste Gut der Person angesehen werden. Seine Existenz, seine fortdauernde Bewahrung und Entfaltung sind die Grundlage für jede übrige Lebensäußerung und Lebensverwirklichung des Menschen in seinem Pilgerstand auf Erden. Wenn uns in Jesus Christus »Leben in Fülle«⁷ geschenkt und verheißen ist, so erweist sich gerade dies als »*Evangelium*« – d. h. als frohe Botschaft – angesichts der Zeitlichkeit und Bedrohtheit des irdischen Lebens.

Das menschliche Leben ist etwas Heiliges, das schon von seinem Anfang an ein einzigartiges Handeln des Schöpfers erfordert⁸ und immer in einer besonderen personalen Beziehung mit Gott dem Schöpfer als einzigem und letztem Ziel verbunden bleibt. Gott allein ist der Herr des Lebens vom Anfang bis zum Ende, dem der Mensch seine Freiheit und Selbstständigkeit bleibend verdankt. Auf diese Weise steht das Menschenleben stets in Gottes Hand und Zuwendung.⁹

1.2. Ganzheitlichkeit des Heilungsauftrags

Eine Humanisierung der Technik muss die so genannte »therapeutische Aggression« vermeiden, bei welcher der betroffene Mensch den Eindruck hat, bloßes Objekt medizinischen Handelns zu sein, und bei der er als Person nicht ausreichend wahrgenommen wird. »Der Krankenhausbetrieb in seiner Gesamtheit muss auf die Wiederherstellung des ganzen Menschen ausgerichtet

7 »Ich bin gekommen, damit sie das Leben haben und es in Fülle haben.« (*Joh* 10,10b).

8 Die geistige Seele eines jeden Menschen wird bei der Zeugung eines Kindes durch die Eltern unmittelbar von Gott erschaffen: Gott ist der »Schöpfer der unsterblichen Geistseele eines jeden Menschen« (Paul VI., *Credo des Gottesvolkes*, 30. Juni 1968). Das »Kompendium« des »Katechismus der Katholischen Kirche«, München–Vatikan 2005, hält in Nr. 70 fest: »Die Geistseele kommt nicht von den Eltern, sondern ist unmittelbar von Gott geschaffen; sie ist unsterblich.« Vgl. auch EV 43.

9 Vgl. DoV, Einführung 5.

sein, das heißt, der Mensch muss in seiner leiblich-seelischen Gesamtverfassung und mit allen seinen sozialen und spirituellen Bedürfnissen gesehen werden«; dies ist »eine Sichtweise, die den Kern der Humanisierung der Medizin ausmacht«. ¹⁰

Von daher ergibt sich ein besonderer Stellenwert für die *Krankenhausseelsorge*. Diese sollte in Krankenhäusern und Heimen nicht ein vom übrigen Geschehen isoliertes Dasein führen, sondern stärker in die allgemeine Heilbehandlung, Betreuung und Pflege integriert werden. Die klare Profilierung der christlichen Identität muss sich dabei mit der Ehrfurcht vor den authentischen Überzeugungen Andersgläubiger und Nichtglaubender verbinden. Auf religiös-weltanschauliche Sensibilitäten einzelner Patienten sollte respektvoll eingegangen werden, besonders wenn diese im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Bedeutung sind.

1.3. Die Sicherung der Menschenwürde im Spannungsfeld von Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorge

Wenn Diagnose, Prävention, Therapie und Rehabilitation als Hauptziele des Einsatzes der Medizin gelten, dann muss bei allen Maßnahmen auf die Wahrung der Würde des Menschen geachtet werden, die ihm von Gott geschenkt worden ist. Menschliche Autonomie findet ihren Sinn und ihr Ziel in der Befähigung, eigene Verantwortung zu übernehmen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis soll daher durch eine vertrauensvolle Kooperation geprägt sein, die zugleich der Verantwortung des Arztes gerecht wird, der in seinem Handeln der Rettung und Heilung des menschlichen Lebens dient, aber auch die Entscheidungsfreiheit des Patienten achtet und soweit als möglich berücksichtigt (»informed consent«). In diesem Sinn muss der Patient sowohl über die Diagnose der Krankheit und ihren möglichen oder wahrscheinlichen Verlauf als auch über die therapeutischen Möglichkeiten und ihre Risiken, Probleme und Konsequenzen ausreichend informiert werden, um auf dieser Grundlage eine ausreichend bewusste und freie Entscheidung treffen zu können. ¹¹ Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass medizinische Prognosen immer einen Unsicherheitsfaktor aufweisen und nur statistisch zu verstehen sind. Im Einzelfall können unter Umständen auch andere Verläufe bis hin zu Spontanheilungen möglich sein, in denen sich das besondere Wirken Gottes zeigt.

Im Hinblick auf eine vorausgesetzte Zustimmung ist zu unterscheiden,

¹⁰ ChH, Nr. 4.4.3.

¹¹ Vgl. ChG 72.

in welchem Zustand sich der Patient befindet: ob er fähig ist, das ihn Betreffende zu verstehen und frei zu entscheiden, oder nicht. Ist er dazu fähig, so muss eine klare und ausdrückliche Zustimmung vorliegen, damit der Arzt handeln kann. Liegt ein vorübergehender Verlust der Entscheidungsfähigkeit vor, so werden die für die Gesundheitsversorgung Verantwortlichen gemäß jenem ursprünglichen therapeutischen Vertrauensvorschuss handeln dürfen, den der Patient ihnen gegenüber zuvor bekundet hat. Falls es zum bleibenden Verlust der Entscheidungs- und Artikulationsfähigkeit des Patienten kommt, so verpflichtet das Prinzip der stellvertretenden Verantwortung dazu, das für den Patienten Bestmögliche im Dienst seiner Gesundheit und seines Wohlergehens zu tun (ärztliche Letztverantwortung). Verwandte und dem Kranken nahe stehende Personen sollen über ärztliche Eingriffe informiert bzw. bei außerordentlichen Eingriffen auch in die Entscheidung darüber einbezogen werden.¹²

1.4. Die Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht gilt als eine der wichtigsten ärztlichen Standes- und Rechtspflichten. Bereits im hippokratischen Eid heißt es in § 8: »Was auch immer ich bei der Behandlung oder auch unabhängig von der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre, werde ich, soweit es niemals nach außen verbreitet werden darf, verschweigen, in der Überzeugung, dass derartige Dinge unaussprechbar sind.«¹³ Dieses Prinzip der Schweigepflicht hat auch heute noch seine volle Gültigkeit. Der Kranke wird sich nur dann dem Arzt anvertrauen können, wenn er die Gewissheit hat, dass der Arzt über all das schweigen wird, was er wahrnimmt und was aus der Perspektive des Patienten Diskretion verlangt.

Der Arzt hat somit über alles, was ihm als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Dazu gehören nicht nur vertrauliche Mitteilungen des Patienten, sondern auch sämtliche Untersuchungsbefunde. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt auch den engsten Familienangehörigen gegenüber. Grundsätzlich gilt die ärztliche Schweigepflicht auch innerhalb des Krankenkassen- und Versicherungssystems, allerdings wird dieser Grundsatz im modernen Sozialversicherungssystem auf vielfache Weise durchbrochen, zumal die Leistungserbringer für ihren Leistungsbeitrag auf Informatio-

¹² Vgl. ChG 73–74.

¹³ Der hippokratische Eid, in: J. Kollesch/D. Nickel (Hg.), *Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus den medizinischen Schriften der Griechen und Römer*, Stuttgart 1994, 53–55.

nen angewiesen sind. Hier gilt also eine beschränkte Offenbarungsbefugnis, die sich jedoch auf das unbedingt Notwendige beschränken sollte.

Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander einen Patienten behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insofern befreit, als dies im Interesse des Patienten liegt und insoweit das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist. Die Schweigepflicht gilt jedoch auch unter ärztlichen Kollegen, wenn es sich nicht um einen gemeinsamen Patienten handelt.

Die Schweigepflicht reicht jedoch weit über die Ärzteschaft hinaus. Ihr unterliegen auch Apotheker, Krankenschwestern und -pfleger, das medizinisch-technische Personal, Psychologen usw.

Die ärztliche Schweigepflicht besteht auch nach dem Tod des Patienten fort. Darum verstößt der Arzt gegen die Schweigepflicht, wenn er ohne schwerwiegenden Grund Angehörigen über einen verstorbenen Patienten Auskünfte erteilt oder sie in die Krankengeschichte Einsicht nehmen lässt.

Der Patient kann den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Bevor ein Arzt jedoch Angehörigen Auskunft über einen Patienten gibt, sollte er sich bei diesem vergewissern, ob er damit einverstanden ist. Dabei sollte beachtet werden, dass die entbindende Erklärung in voller Entscheidungsfreiheit erfolgt ist, was in typischen Abhängigkeitsverhältnissen oft nicht der Fall ist. Die ärztliche Schweigepflicht ist nicht nur in der ärztlichen Standesethik verankert, sondern hat auch im staatlichen Strafrecht ihren Niederschlag gefunden. D. h. der Arzt macht sich strafbar, wenn er unbefugt ein Geheimnis des Patienten offenbart, das ihm in seiner beruflichen Eigenschaft anvertraut oder sonst bekannt geworden ist.¹⁴

Wenn es um die Bewahrung Dritter vor Schaden geht, kann es zur Kollision zwischen ärztlicher Schweigepflicht und dem Nicht-Schadensprinzip kommen. Entsprechende Problemfälle sind einzeln sowohl nach ethischen wie auch rechtlichen Gesichtspunkten abzuklären, wobei das Wohl, die Rechte und die Interessen aller Betroffenen möglichst umfassend berücksichtigt werden müssen.

Selbstverständlich gilt die Schweigepflicht nicht gegenüber dem Patienten, der ein Recht auf Wissen, aber auch ein Recht auf Nichtwissen hat.¹⁵

14 Vgl. Österreichisches Ärztegesetz, § 26; siehe auch A. Laufs, Schweigepflicht, in: A. Eser u. a. (Hg.), Lexikon Medizin – Ethik – Recht, Freiburg/Br. 1989, 991–1001.

15 Vgl. Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (= Menschenrechtskonvention zur Biomedizin), Oviedo, 4. April 1997, Art. 10,1: »Jede Person hat das Recht auf Wahrung der Privatsphäre in Bezug auf Angaben über ihre Gesundheit.« Art. 10,2: »Jede Person hat das Recht auf Auskunft in Bezug auf alle über ihre Gesundheit gesammelten Angaben. Will eine Person jedoch keine Kenntnis erhalten, ist dieser Wunsch zu respektieren.«

2. Spezielle Problemfelder:

Helfen, wo es Not tut

2.1. Menschliches Leben am Beginn

2.1.1. Der Schutz des menschlichen Embryos

Der menschlichen Person kommt eine absolute und unantastbare Würde zu, die in der Gottebenbildlichkeit eines jeden Menschen und seiner Berufung zur Gotteskindschaft begründet ist. Deshalb ist das menschliche Leben ein hoher Wert, der geachtet und geschützt werden soll.

Das Recht auf Leben ist unteilbar und kommt allen Menschen vom Moment der Empfängnis bis zum natürlichen Tod zu.¹⁶ Es kann daher keinen abgestuften Lebensschutz geben, der die Schutzwürdigkeit der menschlichen Person an das Vorhandensein bestimmter körperlicher oder geistig-seelischer Fähigkeiten und Merkmale bindet.

Aus diesem Grund sind Normen bezüglich des Schutzes dieses Lebens streng zu fassen. Speziell das Tötungsverbot ist klar zu formulieren. *Niemand darf sich daher, und zwar unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, einem unschuldigen menschlichen Geschöpf direkt den Tod zuzufügen.*¹⁷

Mit der Befruchtung liegt neues und selbstständiges Menschenleben vor. In der befruchteten Eizelle (Zygote) ist die biologische Identität des neuen menschlichen Individuums in wichtigen Grundzügen bereits festgelegt, die sich in Kontinuität entfaltet und entwickelt. Grenzen der Schutzwürdigkeit könnten nur aufgrund willkürlicher Wertzuschreibungen gezogen werden.¹⁸

16 Auch wenn im Hinblick auf heute mögliche technische Verfahren der Begriff »Empfängnis« durch den Terminus »abgeschlossene Befruchtung« ersetzt werden kann, so verweist der traditionelle Begriff »Empfängnis« doch anthropologisch auf den Geschenckarakter jedes Lebens, der auf naturalistische Weise nicht einzuholen ist. Überdies ist der Vorgang des Empfangenwerdens bzw. der Befruchtung als solcher schon so schützenswert, dass sich ein manipulierender Eingriff von außen strikt verbietet.

17 Vgl. EV 53.

18 Der biologistische Einwand, die Natur lasse es zu, dass viele Embryonen absterben, wenn sich diese nicht in die Gebärmutter einnisten können, vermag ihre willkürliche Tötung nicht zu rechtfertigen. »Die Existenz spontanen Embryonenverlustes (dessen wahres Ausmaß tatsächlich ungewiss ist) darf uns nicht dazu führen, für menschliche Embryonen dann nicht mehr zu sorgen, wenn deren Schicksal in unseren Händen liegt.« – Catholic Bishops' Conference of England and Wales, *Cherishing Life* (= ChL), Nr. 60, 26 May 2004, Book Published by The Catholic Truth Society and Colloquium Ltd. 2004. Ebenso wenig ist die Möglichkeit der Bildung eineiiger Zwillinge in einem frühen embryonalen →

Daher darf dieses Leben auf keinen Fall getötet werden. Eltern, Verwandte, Freunde, gesellschaftliche Gruppen und der Staat, insbesondere auch Ärzte, Krankenhelfer und Pflegepersonen müssen dieses Leben, ob gesund oder krank, in allen seinen Phasen und Krisen schützen und fördern. Ihm gebührt jener Schutz und jene Förderung, wie sie einer menschlichen Person stets zu erweisen sind.¹⁹

Eingriffe, die auf die Verhinderung der Nidation abzielen, schließen die mögliche Tötung des mit der Befruchtung entstandenen neuen menschlichen Lebens ein. Die so genannten Nidationshemmer, wie z. B. die »Pille danach«, wirken so, aber auch die Spirale zählt zu derartigen Eingriffsmitteln, insofern sie nicht nur empfängnisverhütend, sondern auch nidationshemmend wirkt.²⁰

Einen besonderen Konfliktfall stellt die so genannte streng medizinische oder, besser gesagt, die vitale Indikation dar, bei der das Leben der Mutter und das Leben des ungeborenen Kindes so miteinander in Konkurrenz treten, dass die Schwangerschaft durch die Erkrankung der Mutter in erster Linie für sie ein erhöhtes Risiko darstellt.

Das kirchliche Lehramt, das daran festhält, dass eine direkte Tötung unschuldigen Lebens nie und nimmer erlaubt ist, vertritt die Auffassung, dass die Rettung des Lebens der Mutter durch absichtliche Zerstörung schuldlosen Menschenlebens sittlich verwerflich ist.²¹ Weder das Leben der Mutter noch das des Kindes kann als das wertvollere bezeichnet werden, vielmehr ist alles zur Rettung beider aufzubieten.

Um Eltern im Falle eines entsprechenden Befundes auf die schwierige Aufgabe vorzubereiten, dass sie ein krankes, geistig oder körperlich behindertes Kind annehmen, bedarf es großer Behutsamkeit im Gespräch, wobei die Entscheidung der Eltern für das Leben des Kindes nach Kräften zu unterstützen ist. Dabei wird der Arzt oder medizinisch Verantwortliche seiner gesetzlichen Informationspflicht nachkommen.

→ Stadium ein Argument gegen die Anerkennung des Embryos als menschliche Person: vgl. ebd., Nr. 61: »Ob man sich den Embryo, aus dem zwei identische Zwillinge entstehen, als einen einzigen vorstellt oder als einen faktisch einzigen, aber potentiell zweifachen oder als tatsächlich schon zwei Embryonen, so ist doch nie weniger als zumindest *ein* Menschenleben gegeben, und er, sie oder sie beide brauchen Anerkennung und Schutz.«

19 Vgl. ChG 36.

20 Insofern auch andere Mittel der künstlichen Verhütung in bestimmten Fällen nidationshemmend und damit frühabtreibend wirken, sind auch diese hier einzubeziehen, wo es um die Ablehnung der Tötung jedes menschlichen Lebens geht: vgl. ChG 142.

21 Ein Notwehrrecht für die Zulässigkeit der Abtreibung bei vitaler Indikation übersieht, dass das Kind kein ungerechtfertigter Angreifer ist. Ebenso wenig ist hier eine Güterabwägung angebracht, die den Lebenswert der Mutter höher einstuft als den Lebenswert des ungeborenen Kindes.

Wenn das Leben eines ungetauften Kindes einem schweren Risiko ausgesetzt ist, sind die im Dienst der Gesundheitsfürsorge stehenden Personen – Ärzte, Pfleger, Schwestern oder andere – mitverantwortlich, dafür zu sorgen, dass das Kind entsprechend den von der Kirche bestimmten Voraussetzungen getauft werden kann. Sollte in einem Notfall ein ordentlicher Spender des Sakraments (Priester oder Diakon) nicht erreichbar sein, so ist jeder Mensch berechtigt, durch Übergießen mit Wasser und Aussprechen der Taufformel die Taufe zu spenden.²²

2.1.2. Handlungen mit doppelter Wirkung

Ergibt sich eine Abtreibung als zwar vorhergesehene, aber nicht beabsichtigte und gewollte, sondern als lediglich tolerierte Konsequenz eines therapeutischen Eingriffs, der nötig für die Gesundheit der Mutter ist, so ist dies sittlich annehmbar.²³ Die Abtreibung ist in diesem Fall das indirekte Ergebnis einer Handlung, die in sich selbst nicht abtreibend ist.²⁴

Bei einer Eileiterschwangerschaft (Tubargravidität) als häufigster Fall der Extrauterinravidität (EUG) handelt es sich um eine pathologische Situation des Embryos. Er hat keine Lebenschance, wenn er im Eileiter verbleibt; überdies ist das Leben der Mutter einem extrem hohen Risiko ausgesetzt, wenn nicht eingegriffen wird. Optimal wäre es, den Embryo lebend aus dem Eileiter zu entfernen und in die Gebärmutter einzupflanzen; diese Möglichkeit ist aber bis heute noch nicht praktikabel. Ist es nicht möglich, das Leben des Embryos zu retten, so handelt es sich bei der notwendigen Maßnahme seiner Entfernung aus dem Eileiter nicht um eine gewollte direkte Tötung des Embryos. Das Ziel des sittlich verantwortlichen Handelns ist auf die Lebensrettung der Mutter durch die Freimachung des Eileiters gerichtet. Der Tod des Embryos ist hingegen auf jeden Fall besiegelt. Arzt und Mutter haben diesbezüglich keine Wahl.²⁵

22 Vgl. ChG 37. »Ich taufe dich im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes.«

23 Damit die indirekte Tötung eines Embryos ethisch gerechtfertigt ist, müssen zumindest zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Tötung des Embryos darf nicht gewollt, sondern lediglich als unvermeidbarer Nebeneffekt toleriert werden.
2. Es müssen ausreichende Gründe vorliegen, um eine indirekte Abtreibung in Kauf zu nehmen, d. h. es muss ein wichtiger, angemessener Grund für die Heilbehandlung bei der Mutter vorliegen, der in einem vertretbaren Verhältnis zu den Folgen (Abtreibung) steht. Ein Beispiel wäre die Chemotherapie bei akuter Leukämie.

24 Vgl. ChG 142.

25 Vgl. M. Rhonheimer, *Abtreibung und Lebensschutz*, Paderborn 2004, 214 ff.

Schwangerschaftskonfliktsituationen, vor allem solche schwerer Art, sind so weit als möglich durch Beratung und Aufklärung in Übereinstimmung mit der Lehre der Kirche vorbeugend zu vermeiden. Ausdrücklich anerkannt werden soll der mitunter heroische Einsatz von Müttern und Vätern, der bis zur Hingabe des eigenen Lebens gehen kann, um das Kind zu retten. Ein hervorragendes Beispiel dafür hat die am 16. 5. 2004 durch Papst Johannes Paul II. heilig gesprochene Ärztin Gianna Beretta Molla gegeben, als sie sich trotz eigener Gefährdung durch einen lebensbedrohlichen Tumor dafür entschied, ihrem vierten Kind jedenfalls das Leben zu schenken.²⁶

Sexuelle Gewalt stellt eine besonders schwerwiegende Form des Unrechts gegenüber einer anderen Person dar. Personen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, sollen teilnahmevolle und verständnisvolle Fürsorge erfahren. Ärzte und Mitarbeiter in katholischen Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge werden den Betroffenen exakte medizinische Information bereitstellen sowie auf das Angebot psychologischer und geistlicher Unterstützung verweisen. Eine Frau, die dem Risiko sexueller Gewalt ausgesetzt ist, soll entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft dazu befähigt werden, sich selbst gegen eine mögliche Empfängnis aus der Vergewaltigung wirksam zu schützen. Wenn es bei einer vergewaltigten Frau nach einem geeigneten Testverfahren keinen Beweis dafür gibt, dass die Empfängnis bereits stattgefunden hat, darf sie mit Medikamenten behandelt werden, die den Eisprung, die Spermaaufnahme oder die Befruchtung verhindern. Es ist jedoch nicht zulässig, Behandlungen einzuleiten oder zu empfehlen, die als ihr Ziel oder als direkte Wirkung die Entfernung, Vernichtung oder Störung der Einnistung einer bereits befruchteten Eizelle haben.²⁷ Ein Verbrechen wie sexuelle Gewalt und Vergewaltigung kann nicht durch ein anderes Unrecht, nämlich Abtreibung, gutgemacht werden. Jeder Mensch besitzt auch dann eine unverletzliche personale Würde und das Recht auf Leben, wenn seine Empfängnis das Resultat sexueller Gewalt war.

2.1.3. Sexualität und Fortpflanzung

Die Sexualität soll entsprechend ihrer inneren, unteilbaren, spezifisch menschlichen Teleologie respektiert und vollzogen werden. Sie verlangt ihrem Sinn-

26 Vgl. Ansprache von Papst Johannes Paul II. bei der Heiligsprechung von Gianna Beretta Molla am 16. Mai 2004.

27 Vgl. United States Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Fourth Edition (= ERD), 15. Juni 2001, part 3, no. 36.

gehalten nach einem personalen Vollzug, der auf Liebe und Hingabe ausgerichtet ist. Der Akt sexueller Hingabe ist ein realsymbolischer Ausdruck des gegenseitigen, ausschließlichen und dauerhaft-unauflöselichen Sich-Schenkens von Mann und Frau. In solcher personaler Gemeinschaft sind sie offen und bereit dafür, Kinder zu zeugen, in Liebe anzunehmen und verantwortlich zu erziehen. In der Sprache des Leibes hat der Akt der sexuellen Hingabe von Mann und Frau die Bedeutung jener ausschließlichen und treuen Hingabe der Liebe, wie sie dem Bund der *Ehe* zu Eigen ist, der darum der einzige und eigentliche Ort dieser gegenseitigen Hingabe der Personen ist.²⁸

Hohe Wertschätzung gilt daher der *Familie*, dem Ehebund und der Liebe, die ein verheiratetes Paar aneinander bindet. Das schließt den Respekt für den ehelichen Akt ein, durch den Mann und Frau ihre Liebe zum Ausdruck bringen und mit Gott dem Schöpfer bei der Entstehung eines neuen Menschen mitwirken.

Der primäre Ort einer verantwortlichen *Sexualerziehung* ist im Einklang mit dem Elternrecht in der Familie zu suchen. Die ergänzende Mitwirkung von Schule und medizinischen Fachkräften kann hilfreich sein, wenn die Kompetenz und Wertorientierung der Eltern gewahrt bleiben. Eine rein technische Aufklärung ohne wertbezogene Vermittlung dessen, was für Ehe und Familie wesentlich ist, wird weder dem Menschen in seiner leib-seelischen Einheit gerecht, noch entspricht sie dem christlichen Ideal. Es soll dabei um eine Erziehung zur standesgemäßen Keuschheit gehen, wobei auch der Wert der Enthaltsamkeit vor der Ehe sowie der ehelichen Treue hervorzuheben ist.²⁹

2.1.3.1. Das Prinzip der verantworteten Elternschaft

Das *Prinzip der verantworteten Elternschaft* wird vom 2. Vatikanischen Konzil und den nachfolgenden kirchlichen Lehräußerungen bestätigt. Es obliegt den Eltern, über die Anzahl ihrer Kinder zu entscheiden. Dabei haben sie in ihrem Gewissen eine wichtige Verantwortung vor Gott wahrzunehmen. Sie sollen »auf ihr eigenes Wohl wie auf das ihrer Kinder – der schon geborenen oder zu erwartenden – achten; sie müssen die materiellen und geistigen Verhältnisse der Zeit und ihres Lebens zu erkennen suchen und schließlich auch das Wohl der Gesamtfamilie, der weltlichen Gesellschaft und der Kirche berücksichtigen.«³⁰ Aus Gründen der verantworteten

28 Vgl. ChL 104.

29 Vgl. ChL 122.

30 2. Vatikanisches Konzil, Pastorale Konstitution »Gaudium et spes« (= GS) über die Kirche in der Welt von heute, 7. Dezember 1965, Nr. 50.

Elternschaft ist es erlaubt, ja manchmal sogar geboten, den ehelichen Akt auf die unfruchtbare Zeit der Frau zu beschränken.

Die Kirche kann jedoch Handlungen nicht gutheißen, die »entweder in Voraussicht oder während des Vollzugs des ehelichen Aktes oder im Anschluss an ihn beim Ablauf seiner natürlichen Auswirkungen darauf abstellen, die Fortpflanzung zu verhindern, sei es als Ziel, sei es als Mittel zum Ziel«. ³¹ Derartige Eingriffe verletzen die »von Gott bestimmte unlösbare Verknüpfung der beiden Sinngehalte – liebende Vereinigung und Fortpflanzung –, die beide dem ehelichen Akt innewohnen«. ³² Klarerweise bezieht sich das kirchliche Lehramt hier auf die im Einklang mit der menschlichen Würde human vollzogenen ehelichen Akte; jede Art von sexueller Gewalt und Nötigung ist abzulehnen – außerhalb, aber auch innerhalb der Ehe. ³³

2.1.3.2. Natürliche Empfängnisregelung (NER)

Die natürliche Empfängnisregelung (NER), die ein verlässliches Wissen vom Zyklus der weiblichen Fruchtbarkeit sowie die Bereitschaft, sich zu bestimmten Zeiten der sexuellen Vereinigung zu enthalten, voraussetzt, wird aufgrund ihres generell hohen Grades an Sicherheit bei richtiger Anwendung und entsprechender Motivation inzwischen auch von medizinischer Seite anerkannt. Es ist zu begrüßen, wenn vor allem in den medizinischen Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft Beratungs- und Schulungsangebote im Hinblick auf NER für interessierte Paare angeboten werden. Besondere Vorteile der NER, die von ihrem Grundansatz her mit einer Haltung grundsätzlicher Offenheit gegenüber dem Kind verbunden ist ³⁴, sind Selbstkontrolle, größere Aufmerksamkeit für den Partner sowie für die Funktionen des Organismus, die Einbeziehung der Verantwortung beider Partner sowie der Ausschluss gesundheitlicher Risiken und Abhängigkeiten von pharmazeutischen Präparaten, aber auch die Vermeidung von Situationen des Drucks von außen. ³⁵ Auch medizinisch gesehen ist dies der gesündere Weg.

31 Paul VI., Enzyklika »*Humanae vitae*« (= HV) über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens, 25. Juli 1968, Nr. 14; vgl. Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben »*Familiaris consortio*« (= FC) über die Aufgaben der christlichen Familie in der Welt von heute, 22. November 1981, Nr. 32; vgl. ChL 125.

32 HV 12.

33 Vgl. GS 49. Zur Abwehr sexueller Gewalt ist es in Not- und Konfliktfällen zulässig, gemäß dem Prinzip der Doppelwirkung (vgl. 2.1.2) geeignete Maßnahmen zu setzen, die zwar die mögliche Empfängnis eines Kindes verhindern, dabei jedoch nicht das Leben eines bereits gezeugten Embryos vernichten.

34 Mit Hilfe von NER ist es bisweilen auch möglich, Probleme vorübergehender Unfruchtbarkeit in den Griff zu bekommen und die Wahrscheinlichkeit einer gewünschten Empfängnis zu erhöhen.

35 Vgl. ChL 126.

2.1.3.3. Orale Kontrazeptiva (Pille)

Hormonpräparate (Pille) wirken kontrazeptiv und sind daher vom kirchlichen Lehramt nicht gestattet.

Insofern Kontrazeptiva aus therapeutischen Gründen zum Einsatz kommen (z. B. bei der Behandlung von Endometriose, Hypermenorrhoe oder Hautakne), wird die verhütende Wirkung nicht direkt angezielt, wohl aber als unbeabsichtigte Nebenfolge der Handlung toleriert. Da gewisse orale Kontrazeptiva in ihrer Wirkweise nicht nur den Eisprung sowie das Eindringen der Samenzellen in die Gebärmutter verhindern, sondern auch eine mögliche Einnistung eines bereits befruchteten Eis in die Gebärmutter unterbinden, ist in der konkreten Anwendung darauf zu achten, dass es zu keiner Durchbruchsovulation kommt, sodass diese frühabtreibende Wirkung jedenfalls ausbleibt.

Daher ergibt sich bei therapeutischer (d. h. nicht antikonzeptiver) Indikation dieser Kontrazeptiva folgende Konsequenz: Ihre Verwendung ist nur dann sittlich erlaubt, solange die Einnahmевorschriften strikt eingehalten werden, insofern auf diese Weise nach dem Urteil von medizinischen Experten die nidationshemmende Wirkung der »Pille« sicher nicht zur Geltung kommt. Kommt es versehentlich zum Auslassen einer Pille oder zur Ablösung des Hormonpflasters, dann kann das Risiko einer Nidationshemmung und damit einer Frühabtreibung nur dann verhindert werden, wenn die Ehepartner für den Rest des laufenden Zyklus auf geschlechtlichen Verkehr verzichten.³⁶

2.1.3.4. Sterilisation

Als Sterilisation wird die permanente Unfruchtbarmachung durch einen operativen Eingriff an den Transportwegen der Eier bzw. Samenzellen oder am Fruchthalter (Gebärmutter) bezeichnet.

Man unterscheidet zwischen direkter und indirekter Sterilisation. Unter direkter Sterilisation versteht man einen Eingriff, der in der Absicht vollzogen wird, Zeugungsunfähigkeit zu bewirken.

Als indirekte Sterilisation bezeichnet man einen Eingriff, durch den zwar eine Zeugungsunfähigkeit bewirkt wird, ohne sie jedoch zu beabsichtigen. Dabei geht es um andere Ziele, z. B. um die Entfernung eines erkrankten

³⁶ Vgl. W. Rella, Orale Kontrazeptiva und Nidationshemmung: Eine Nachbetrachtung, in: *Imago Hominis* 10 (2003) 251–254.

Organs, bei der es als Nebeneffekt zur Sterilität kommt. Die indirekte Sterilisation als therapeutische Nebenwirkung ist sittlich erlaubt.³⁷

Die direkte Sterilisation – sei sie dauernd oder vorübergehend, als Ziel oder auch als Mittel zum Ziel – wird vom kirchlichen Lehramt verurteilt, da sie die grundsätzliche Offenheit des ehelichen Aktes für das Leben prinzipiell aufhebt und ausschließt.³⁸

2.1.4. Medizinisch assistierte Fortpflanzung

»Forschungsarbeiten zur Behebung der Unfruchtbarkeit«, so stellt der »Katechismus der Katholischen Kirche« fest, »sind zu ermutigen, vorausgesetzt, dass sie ‚im Dienst der menschlichen Person stehen, ihrer unveräußerlichen Rechte sowie ihres wahren und ganzheitlichen Wohls gemäß dem Plan und dem Willen Gottes‘ (DnV intr. 2)«. ³⁹

Der Einsatz künstlicher Mittel zur Erleichterung des natürlichen Aktes oder zu dessen Unterstützung, damit dieser sein eigentliches Ziel erreicht, kann innerhalb der Ehe und im Rahmen eines auf humane Weise vollzogenen Liebesaktes erlaubt sein.⁴⁰

Medizinische Techniken, welche die Einheit von liebender ehelich-sexueller Vereinigung und Fortpflanzung auflösen, werden jedoch vom Lehramt abgelehnt. Der Akt, der die Existenz des Kindes begründet, wird auf diese Weise vom Akt liebender Hingabe der Eltern getrennt. Diese möglicherweise gut gemeinten und im Einzelfall für die Betroffenen als hilfreich empfundenen Techniken liefern den Menschen schon an seinem Beginn der Verfügung durch andere aus und entreißen sein Leben einem personalen Kontext. Mit der Anwendung dieser Techniken verbindet sich nicht selten eine Mentalität der Selektion, denn Überlebenschancen hat nur jener Embryo, der sich als der Stärkste erweist. Dennoch sind auch auf diese Weise (»in vitro«) gezeugte Kinder in ihrer unantastbaren Menschenwürde und in ihrem Recht auf Leben voll und ganz anzuerkennen.

37 Vgl. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, vol. 1, Milano 2000, p. 610.

38 Vgl. HV 14; Katechismus der Katholischen Kirche (= KKK), Nr. 2399. Vgl. auch Kongregation für die Glaubenslehre, *Responsa ad quaesita conferentiae episcopalis Americae Septentrionalis circa sterilizationem in nosocomiis catholicis* (»Quaecumque sterilizatio«), 13. März 1975 (in: AAS 68 [1976] 738–740): »Jede institutionell gebilligte oder tolerierte Mitwirkung bei Handlungen, die in sich selbst – das heißt, aufgrund ihrer Natur und Verfasstheit – auf ein empfängnisverhütendes Ziel gerichtet sind, ist absolut verboten. Denn die offizielle Gutheißung der direkten Sterilisation und a fortiori ihre Bereitstellung und Ausführung in Einklang mit Krankenhausrichtlinien ist eine Angelegenheit, die in der objektiven Ordnung ihrer Natur nach oder in sich schlecht ist.«

39 KKK 2375. Dabei sollte die *Ursachenforschung* für die erhöhte Unfruchtbarkeit im Vordergrund stehen.

40 Vgl. ChG 23.

Der von der Kirche aufgrund der Natur des ehelichen Aktes sowie der Würde der Person⁴¹ artikulierte ethische Vorbehalt gegenüber der In-vitro-Fertilisation (IVF oder FIVET) gilt sowohl für die homologe wie auch für die heterologe künstliche Befruchtung. Dessen ungeachtet besteht zwischen beiden ein sittlich relevanter Unterschied in der Weise, dass die homologe IVF die Einheit der Elternschaft noch zu wahren bestrebt ist, während diese bei der heterologen IVF aufgelöst wird. Erschwerend kommt bei den meisten Techniken der IVF hinzu, dass es so genannte »überzählige« Embryonen gibt, die im Rahmen des künstlichen Prozesses entweder zerstört, auf unabsehbare Zeit eingefroren oder für Experimente freigegeben werden. All dies widerspricht auf fundamentale Weise der Würde des ungeborenen Kindes.

Dort wo es keine sittlich erlaubte Abhilfe gegen die Unfruchtbarkeit der Ehegatten gibt, sollen diese ermutigt werden, ihr seelisches Leiden in Einheit mit dem Kreuz des Herrn anzunehmen und auf diese Weise in Liebe und sozialem Engagement geistlich fruchtbar zu machen für die Kirche und für die Welt, in der sie leben. Die Möglichkeit der Adoption sollte vonseiten der staatlichen Verantwortungsträger noch stärker gefördert werden. Es gibt kein »Recht« auf ein Kind, da dieses als personales Subjekt immer ein Geschenk der Liebe Gottes und seiner Eltern bleibt.⁴²

2.1.5. Präimplantationsdiagnostik und pränatale Diagnostik

In Zusammenhang mit den Methoden künstlicher Befruchtung steht die *Präimplantationsdiagnostik*. Außer den in 2.1.4 genannten Gründen, die zu ihrer Ablehnung durch die Kirche führen müssen, wird dabei fast zwangsläufig die Selektion menschlichen Lebens nach den Kriterien von »lebenswert« und »nicht lebenswert« betrieben, was in keinem Fall annehmbar ist. Auf diese Weise wird der Wunsch zum Kind nach Maß hervorgerufen und gefördert, während schwache, kranke und behinderte Menschen vom Leben ausgeschlossen werden.

Die *pränatale Diagnostik* kann hingegen in bestimmten Fällen zum Einsatz kommen, wenn sie in einem ausschließlich therapeutischen Rahmen angewendet wird und nicht auf Abtreibung der Leibesfrucht zielt. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit⁴³ und eine umfassende Aufklä-

41 Weitere ethische Probleme ergeben sich durch erhöhte Mehrlingsschwangerschaften und die signifikante Erhöhung des Risikos einer Schädigung des ungeborenen Kindes.

42 Vgl. KKK 2378.

43 Auszuschließen ist die pränatale Diagnostik jedenfalls, wenn sie als Untersuchungsprogramm auf Bevölkerungsebene (Screening) den Charakter einer eugenischen Maßnahme hat, deren Ziel die Eliminierung →

rung und Beratung im Sinne des Lebensschutzes. Eine stellvertretende Wahrnehmung der Interessen des Kindes durch die Eltern liegt nur dann vor, wenn durch die pränatale Diagnostik eine frühzeitige Therapie oder eine bessere Planung des Geburtsvorgangs ermöglicht wird, nicht aber, wenn das Kind aufgrund seiner genetischen Konstitution getötet wird. Im Hinblick auf die Methoden einer sittlich erlaubten pränatalen Diagnostik ist darauf zu achten, dass das Kind nicht ohne schwerwiegenden Grund einem erhöhten Risiko ausgesetzt werden darf.⁴⁴

Der menschliche Embryo ist von der Empfängnis an als heilig und unverletzlich zu schützen. Von daher verbietet sich jede Instrumentalisierung für Forschungszwecke. Es sind ausschließlich therapeutische Maßnahmen erlaubt, die das Leben des ungeborenen Kindes nicht gefährden und mit der Erwartung eines Nutzens für das Kind verbunden sind.

2.2. Der Mensch an seinem Lebensende

Gerade am Lebensende bedarf der Mensch im Besonderen der liebevollen Zuwendung von Angehörigen und Freunden sowie der medizinischen und pflegerischen Betreuung und auch des geistlichen Beistands. Gott allein ist der Herr über Leben und Tod; unser Leben liegt in seiner gütigen Hand. So geht es darum, allen Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, wobei die menschliche Person gerade in dieser letzten Phase des irdischen Lebens Aufmerksamkeit, Achtung und liebevolle Begleitung erfahren soll. In Jesus Christus, dem Gekreuzigten und Auferstandenen, hat der Tod für die in Christus Sterbenden seinen Strafcharakter als Folge der Sünde verloren und wird zur Verheißung der Teilhabe am Geheimnis des Lebens bei Gott.⁴⁵

2.2.1. Sterbehilfe und Euthanasie

Da der *Begriff* »Sterbehilfe« in seiner Vieldeutigkeit immer wieder Anlass zu Missverständnissen gibt, müssen die verschiedenen Formen der Sterbehilfe sorgfältig unterschieden werden. Außerdem ist hier die nötige Sterbebeglei-

→ von Erkrankungen oder Krankheitsanlagen ist, wobei der kranke oder behinderte Embryo zur Abtreibung freigegeben wird.

44 Vgl. ChG 60, Anm. 134: In Bezug auf die meistverbreiteten Diagnosetechniken wie Echographie und Amniocentese kann gesagt werden, dass die erste fast risikofrei erscheint, während die zweite Elemente des Risikos enthält, die in bestimmten Fällen als annehmbar und darum als angemessen erscheinen. Das kann jedoch nicht für andere Techniken behauptet werden, wie u. U. Plazentacentese, Fetoskopie und die Chorionbiopsie (CVS).

45 Vgl. ChG 118.

tung im Hinblick auf die Aufgaben der Schmerzlinderung und des personalen Beistands hervorzuheben.⁴⁶

Aktiv und passiv sind keine ethischen Kategorien zur Beschreibung der Sterbehilfe. Sie beschreiben ein Tun oder ein Unterlassen. Beides kann sittlich gut oder schlecht sein. *Direkt und indirekt sind hingegen im Zusammenhang mit Sterbehilfe ethische Kategorien*, die auf die Absicht des Handelnden abgestellt sind. Daraus ergeben sich folgende Definitionen und ethische Beurteilungen:

- »Passive indirekte Sterbehilfe« zielt auf ein menschenwürdiges Sterben-Lassen, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung bei einem unheilbar kranken Menschen nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird. Sie setzt sein Einverständnis voraus und ist unter bestimmten Bedingungen rechtlich und ethisch zulässig. »Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.«⁴⁷ Kritische Wachsamkeit ist jedoch geboten, damit hier nicht unter der Hand z. B. durch Einstellung künstlicher Ernährung oder bestimmter Erfordernisse menschlicher Grundpflege eine direkte Sterbehilfe in der Weise der Unterlassung lebensnotwendiger Dienste und Behandlungen erfolgt.
- »Aktive indirekte Sterbehilfe« wird geleistet, wenn Sterbenden ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Solche indirekte Sterbehilfe wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht – Leben erhalten und Schmerzen lindern – in bestimmten Fällen für rechtlich und ethisch zulässig gehalten.

Unter Euthanasie versteht man immer direkte Sterbehilfe, sei sie nun aktiv oder passiv. »Euthanasie, in ihrem eigentlichen Sinn verstanden, das heißt, als eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden, ist ein schweres Vergehen gegen das Gesetz Gottes.«⁴⁸

46 Zur besonderen Wertschätzung der Palliativmedizin durch die Kirche vgl. Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer der XIX. Internationalen Konferenz des Päpstlichen Rates für die Krankenpastoral am 12. November 2004.

47 EV 65; vgl. ChG 64–65.

48 ChH, Nr. 4.2.5, vgl. auch ebd., 5.2.3.1: »Mit dem Begriff Euthanasie beziehen wir uns sowohl auf Verfahren, die den Tod absichtlich und gezielt herbeiführen oder anstreben (*aktive direkte* Sterbehilfe), als auch auf die Unterlassung bzw. den Abbruch von Verfahren, die ihn vermeiden können. Die letztgenannte Möglichkeit wird fälschlicherweise als *passive* Sterbehilfe bezeichnet, ein Begriff, der zweifelhaft und irreführend ist: Entweder es handelt sich um eine absichtliche Unterdrückung von Leben (vorge- →

- »Aktive direkte Sterbehilfe« (= aktive Euthanasie) meint die gezielte Tötung eines Menschen (vor allem Kranker, Alter und Behinderter), beispielsweise durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z. B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt, und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt. Aktive direkte Sterbehilfe ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.
- »Passive direkte Sterbehilfe« (= passive Euthanasie) meint die Tötung eines Menschen durch gezielte Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen. Auch sie wird von der christlichen Ethik ausgeschlossen.
- Beihilfe zur Selbsttötung (sog. »assistierter Suizid« oder »Freitodbegleitung«) nennt man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch die Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer Handhabung. Sie ist nicht nur auf die unmittelbare Sterbephase beschränkt, sondern findet oft schon nach der Diagnose einer schweren Erkrankung oder der Prognose eines belastenden Krankheitsverlaufes statt. Die Beihilfe zur Selbsttötung, die in manchen Ländern von so genannten Sterbehilfe-Organisationen praktiziert wird, ist ethisch unzulässig. Wer Beihilfe leistet, akzeptiert im konkreten Fall den Suizid, er bejaht die Motive und die Gründe für die Selbsttötung. Insofern erstreckt sich die Verantwortung der Beihilfe nicht bloß auf die Bereitstellung des Mittels, sondern auch auf die voraussehbare Folge, d. h. auf die Tötungshandlung selbst. Wer das Mittel zur Verfügung stellt, trägt Mitverantwortung am Suizid. Beihilfe zum Suizid stellt eine bewusste und freiwillige Mitwirkung bei der Tötung eines Menschen dar und ist daher in jedem Fall abzulehnen.

2.2.2. Feststellung des Todes

Der Tod eines Menschen ist »ein einzigartiges Ereignis, das in der vollkommenen Auflösung dieser Einheit und dieses integrierten Ganzen besteht, die das personale Selbst ausmacht. Er resultiert aus der Trennung des geistigen Lebensprinzips oder der Seele von der leiblichen Wirklichkeit der Person. Der in dieser ursprünglichen Bedeutung verstandene Tod der menschlichen Per-

→ nommen sowohl durch die Ausübung [aktiv direkt] als auch Unterlassung [passiv direkt] einer Handlung) oder es handelt sich um die Vermeidung eines sinnlosen therapeutischen Übereifers. Zulassen des Sterbens ist etwas anderes als die intendierte Herbeiführung des Todes durch Unterlassen und in diesem Sinne keine Euthanasie.« Vgl. auch: Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung »Iura et bona« zur Euthanasie, 5. Mai 1980, in: AAS 72 (1980) 542–552. Siehe auch EV 65.

son ist ein Ereignis, das durch keine wissenschaftliche Technik oder empirische Methode unmittelbar identifiziert werden kann.«⁴⁹

Im Hinblick auf die zur Feststellung des Todes gebräuchlichen Parameter – irreversibler Ausfall der Hirntätigkeit oder das traditionelle Kriterium des Aufhörens der Herz-Lungen-Aktivität – enthält sich die Kirche jeder technischen Entscheidung. Das päpstliche Lehramt weist darauf hin, dass das heute angewendete Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie steht, wenn es exakt Anwendung findet. Daher kann der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als »moralische Gewissheit« bezeichnet.⁵⁰

Unbeschadet dessen sind weitere Diskussionen der Frage der exakten Todesfeststellung auf fachlich-medizinischer und auf philosophisch-theologischer Ebene zu begrüßen. Nur auf dieser Basis wird eine weitere Vertiefung des Urteils der Kirche darüber möglich sein.⁵¹

2.2.3. Patientenverfügung

Die Idee einer »Patientenverfügung«, die auf der Anerkennung bestimmter Prinzipien wurzelt – nämlich der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, des Rechts auf ein humanes Sterben und auf eine medizinische Betreuung bis

49 Johannes Paul II., Ansprache beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im »Palazzo dei Congressi« in Rom am 29. August 2000, Nr. 4, in: L'Osservatore Romano. Wochenausgabe in deutscher Sprache, 30. Jg., Nr. 37, 15. September 2000, 7 f. Beim lebenden Menschen ist der Leib integraler Teil der Person und darf nicht so behandelt werden, als ob er von der Person getrennt wäre. Gegenüber einem dualistischen Missverständnis ist festzuhalten: »Person« meint die Ganzheit des Menschen in leib-seelischer Einheit.

50 Vgl. ebd., Nr. 5; vgl. auch ChG 87.

51 Die Päpstliche Akademie der Wissenschaften hat als biomedizinische »Definition« des Todes festgestellt: Eine Person ist tot, wenn sie unwiderruflich jede Fähigkeit verloren hat, die physischen und mentalen Funktionen des Leibes zu integrieren und zu koordinieren. Im Hinblick auf den exakten Todeszeitpunkt wurde angemerkt: Zum Tod kommt es dann, wenn a) die Spontanfunktionen von Herz und Atmung endgültig aufgehört haben oder b) der unwiderrufliche Stillstand jeder Gehirntätigkeit eingetreten ist (vgl. »Erklärung über die künstliche Verlängerung des Lebens und die Bestimmung des exakten Todeszeitpunktes«, Arbeitsgruppe, 19.–21. Oktober 1985). Vgl. auch ChL 62–64: Im Tod verliert der individuelle Organismus seine integrative Fähigkeit. Die Bestimmung des Todeszeitpunktes ist daher nach exakten und strengen Parametern vorzunehmen, damit bei der Zuschreibung des Todes nicht Patienten eingeschlossen werden, die in Wirklichkeit noch am Leben sind, von denen man jedoch urteilt, sie seien »so gut wie tot«. Der totale und irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen ist darum ein gültiges Kriterium für die Feststellung des Todes, weil das Gehirn nicht ein Organ unter anderen ist, sondern die notwendige und unerlässliche Voraussetzung für alle Integrationsvorgänge des Lebens und damit für menschliches Leben überhaupt.

zum Lebensende –, wird grundsätzlich begrüßt. Patientenverfügungen sind besonders für die engsten Angehörigen und die behandelnden Ärzte eine große Entscheidungshilfe für den Fall, dass der Patient seinen eigenen Willen nicht mehr bekunden kann.

Die rechtliche Form von Patientenverfügungen ist im Sinne einer Rahmenordnung durch den Gesetzgeber festzulegen, wobei folgende Anliegen zu berücksichtigen sind: Keineswegs dürfen dadurch direkte Sterbehilfe (d. h. weder aktive noch passive Euthanasie) und ärztliche Beihilfe zum Suizid ermöglicht oder begünstigt werden. Die rechtliche Verbindlichkeit einer solchen Verfügung muss ausreichenden Freiraum lassen für die beteiligten Ärzte, damit sie insbesondere im medizinischen Notfall gemäß ihrem ärztlichen Ethos und aus einer präzisen Beurteilung der jeweiligen Situation gezielte Maßnahmen zum Wohl des Patienten setzen können.

Niemand darf gegen seinen Willen dazu genötigt werden, eine solche Verfügung zu unterschreiben. Außerdem ist im konkreten Fall zu prüfen, inwieweit die damit verbundenen inhaltlichen Vorgaben dem christlichen Menschenbild entsprechen. Auch ist kritische Wachsamkeit geboten, damit nicht mit subtilem Druck der direkten Sterbehilfe durch Unterlassung und damit einer Form der Euthanasie der Weg geebnet wird. Ebenso wenig darf durch eine Patientenverfügung Beihilfe zum Suizid erfolgen. Die entsprechenden Bedenken werden von den Bischöfen besonders ernst genommen, da es beim Lebensschutz keine Aufweichungen geben darf.

Innerhalb der angesprochenen Grenzen ist jedenfalls der aktuelle Wille des Patienten maßgebend, sei er nun direkt geäußert oder aus konkludenten Zeichen erschlossen. Hilfreich erscheint es, wenn in der Patientenverfügung eine Vertrauensperson im Sinne eines Stellvertreters genannt wird, die bei Unklarheiten mit Kompetenz den mutmaßlichen Willen des Patienten bekunden kann. Hält ein Arzt sich mit guten Gründen nicht an den Wortlaut einer Patientenverfügung, soll er dies im Sinn der Beweislastumkehr schriftlich begründen müssen.

2.2.4. Pastorale Sorge der Kirche für Kranke und Sterbende

Der kranke Mensch bedarf des menschlichen und geistlichen Beistands. Diesen zu gewähren und zu ermöglichen, ist ein wichtiges Anliegen aller Mitarbeiter in katholischen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge. Die pastorale Sorge für die Kranken und Sterbenden wird für katholische Christen von den Bischöfen, Priestern, Diakonen und auch von Ordensleuten und Laien als ihren Mitarbeitern wahrgenommen. Das vertrauensvolle Gespräch kann

helfen, den Sinn des Leidens in Einheit mit dem Erlöser Jesus Christus zu entdecken und – soweit unabwendbar – auch den kommenden Tod anzunehmen. Die frohe Botschaft Christi verkündet den Sieg über Sünde, Tod und Teufel. In der Einheit mit ihm wird dem Gläubigen das ewige Leben bei Gott verheißen.⁵²

Als gnadenwirksame Zeichen vermitteln die Sakramente der Kirche in besonderer Weise die liebende Nähe Gottes. Das *Sakrament der Krankensalbung* soll dann gespendet werden, wenn der zum Vernunftgebrauch fähige Mensch aufgrund seines Alters oder Krankheit in Gefahr gerät.⁵³ Wünschenswert ist dabei, dass der Empfänger noch bei ausreichendem Bewusstsein ist. Ist dies nicht mehr der Fall, so ist der Wille des Patienten maßgeblich, der ausdrücklich oder einschlussweise um dieses Sakrament gebeten hat, als er seine geistigen Kräfte noch gebrauchen konnte.⁵⁴ Der ordentliche und ausschließliche Spender der Krankensalbung ist der Bischof bzw. der geweihte Priester.⁵⁵ Diakone sind dazu nicht befähigt. Das *Sakrament der Eucharistie* soll als Wegzehrung von all denen empfangen werden, die durch ihren Vernunftgebrauch in der Lage und dazu disponiert sind.⁵⁶ Der vorherige Empfang des *Sakraments der Buße* soll helfen, Versöhnung mit Gott und den Menschen zu finden.⁵⁷

2.3. Besondere Fragen der medizinischen Ethik

2.3.1. Transplantationen

Ein schon seit längerem praktiziertes medizinisches Verfahren sind Transplantationen von Gliedmaßen, Organen, Geweben, Zellen oder anderen Körperteilen. Dies ist aus christlicher Sicht grundsätzlich zu befürworten, sofern es therapeutischen und lebensrettenden Charakter hat.⁵⁸ Die Organ-

52 Vgl. ChG 130–135.

53 Vgl. CIC can. 1004 § 1.

54 Vgl. CIC can. 1006. Außerdem ist zu beachten: »Die Krankensalbung darf jenen nicht gespendet werden, die in einer offenkundigen schweren Sünde hartnäckig verharren.« (CIC can. 1007).

55 Vgl. CIC can. 1003 § 1.

56 Vgl. CIC can. 921 § 1: »Gläubige, die sich, gleich aus welchem Grund, in Todesgefahr befinden, sind mit der heiligen Kommunion als Wegzehrung zu stärken.«

57 Vgl. CIC can. 986 § 2: »In einer dringenden Notlage ist jeder Beichtvater verpflichtet, die Beichten von Gläubigen entgegenzunehmen, und in Todesgefahr jeder Priester.«

58 Bei der Förderung einer echten Kultur des Lebens verdient »die in ethisch annehmbaren Formen durchgeführte Organspende besondere Wertschätzung, um Kranken, die bisweilen jeder Hoffnung beraubt sind, die Möglichkeit der Gesundheit oder sogar des Lebens anzubieten.« – EV 86.

spende kann als Tat christlicher Nächstenliebe gewertet werden, wenn sie freiwillig und in rechter Absicht geschieht.

Eine Organlebenspende ist nur dann sittlich gerechtfertigt, wenn die Entfernung des Körperteils keine ernsthafte und bleibende Schädigung für den Spender mit sich bringt und wenn ein gerechter und verhältnismäßiger Grund gegeben ist.⁵⁹

Bei paarweise vorhandenen Organen darf eine Spende durch Lebende unter bestimmten Bedingungen erfolgen. Bei nur einmal vorhandenen lebenswichtigen Organen muss der Tod des Spenders sicher feststehen.⁶⁰ Dieser soll vorher seine Einwilligung gegeben haben, zumindest in grundsätzlicher Form.⁶¹

Transplantationen tierischer Körperteile auf den Menschen (Xenotransplantationen) sind nur bei Wahrung der menschlichen Würde und bei Ausschitt auf einen sicheren Nutzen zulässig.⁶²

In jedem Fall sind Profitinteressen auszuschließen (Organhandel), um nicht einem unzulässigen Druck ausgesetzt zu sein und eine Instrumentalisierung möglicher Spender und Empfänger zu verhindern.⁶³

2.3.2. Medizinische Forschung am Menschen

Die medizinische Forschung am Menschen kennt zwei Grundtypen⁶⁴:

- den Heilversuch und die therapeutische Forschung: Hier steht die Heilung des Patienten im Vordergrund;
- den wissenschaftlichen Versuch oder die nichttherapeutische Forschung (das so genannte »Humanexperiment«): Hier werden primär wissenschaftliche Interessen verfolgt, ohne dass die betroffenen Probanden im Einzelfall

⁵⁹ Vgl. ChG 86.

⁶⁰ Vgl. 2.2.2 Feststellung des Todes. Einen Sonderfall stellt die Partialspende eines unpaarigen Organs dar, wo beispielsweise ein Teil der Leber gespendet wird, die sich dann wieder regeneriert. Dies ist aus ethischer Sicht grundsätzlich erlaubt, sofern Nutzen und Risiken für die Betroffenen sorgfältig abgewogen werden.

⁶¹ Die österreichische Rechtsordnung sieht die Widerspruchslösung vor, welche diesem Anliegen insofern grundsätzlich gerecht wird, als sie auf der Annahme beruht, dass jemand bereit ist, nach seinem Tod Menschenleben durch eine Transplantation zu retten. Der Widerspruch gegen die Organentnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Widerspruchsregister ÖBIG deponiert werden.

⁶² Vgl. ChG 89.

⁶³ Vgl. Menschenrechtskonvention zur Biomedizin, Art. 21: »Der menschliche Körper und Teile davon dürfen als solche nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden.« Art. 22: »Wird bei einer Intervention ein Teil des menschlichen Körpers entnommen, so darf er nur zu dem Zweck aufbewahrt und verwendet werden, zu dem er entnommen worden ist.«

⁶⁴ Vgl. Günter Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 113–132.

einen eigenen Nutzen davon haben müssen (dieser ist entweder nur mittelbar oder überhaupt nicht gegeben).

Auch wenn im konkreten Fall eine Grenzziehung zwischen beiden Typen nicht immer einfach ist, so muss jedenfalls betont werden: Jede Forschung muss dem Wohl des Menschen dienen und darf ihn nicht ohne schwerwiegenden Grund Risiken für seine Gesundheit oder sein Leben aussetzen.⁶⁵ Die Freiheit der Forschung findet ihre Grenze an der Menschenwürde und den Menschenrechten. Es ist ethisch nicht zu verantworten, menschliches Leben als Material für die Forschung gezielt zu zerstören. Das gilt auch für die frühen Phasen des Menschenlebens.

Neben klinischen Studien mit unmittelbarer therapeutischer Zielsetzung erweisen sich freilich auch wissenschaftliche Studien am Menschen, die ganz oder vorwiegend auf allgemeinen Erkenntnisgewinn abzielen, für den medizinischen Fortschritt, aber auch für die Sicherheit und Zuverlässigkeit der medizinischen Alltagspraxis als unverzichtbar. Auch wenn im Einzelfall kein unmittelbarer Vorteil für den Patienten gegeben ist, so muss ein entsprechender Nutzen im weiteren Zusammenhang des Forschungsprojekts gegeben sein.

Dabei darf das Interesse der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals Vorrang haben vor den Erwägungen, die das Wohlbefinden der Versuchspersonen betreffen. Risiken und Belastungen für die Versuchsperson müssen abschätzbar sein (zumindest müssen ernsthafte Risiken auszuschließen sein) und in einem vernünftigen Verhältnis zur Bedeutung des Forschungszieles stehen, wobei diese Einschätzung nicht subjektiv und willkürlich bleiben darf. Der Abwägungsvorgang ist nach oben hin begrenzt, d. h. es gibt beim Humanexperiment Risiken, die man Versuchspersonen unter keinen Umständen zumuten darf.⁶⁶

65 Zwar hat sich die semantische Unterscheidung von therapeutischer und nicht-therapeutischer Forschung grundsätzlich durchgesetzt; dennoch werden Bedenken angemeldet wie die, dass die Rede von »therapeutischer Forschung« die Zuordnung zu einer bereits etablierten Therapie suggeriere oder die besagte Unterscheidung sich allzu sehr am erwarteten Nutzen orientiere und mögliche Risiken vernachlässige.

66 Vgl. KKK 2295: »Forschungen und Experimente, die am Menschen vorgenommen werden, können keine Handlungen rechtfertigen, die in sich der Menschenwürde und dem sittlichen Gesetz widersprechen. Auch das allfällige Einverständnis der betreffenden Menschen rechtfertigt solche Handlungen nicht. Ein Experiment, das an einem Menschen vorgenommen wird, ist sittlich unerlaubt, wenn es dessen Leben oder physische und psychische Unversehrtheit unverhältnismäßigen oder vermeidbaren Gefahren aussetzt. Solche Experimente widersprechen der Menschenwürde erst recht, wenn sie ohne Wissen und Einverständnis der Betroffenen oder der für sie Verantwortlichen vorgenommen werden.«

In fast aussichtslosen Fällen kann es nach Erschöpfung gewöhnlicher Therapien ethisch vertretbar sein, dass mit Zustimmung des Patienten innerhalb oder außerhalb einer klinischen Studie bestimmte Behandlungen versucht werden, die noch eine gewisse Hoffnung auf Heilung oder Linderung mit sich bringen, obwohl sie mit schwer einschätzbaren Risiken verbunden sind.⁶⁷

Das Forschungsvorhaben muss entsprechend der gesetzlichen Lage vom Projektleiter einer unabhängigen Ethikkommission zur Beratung, Stellungnahme und Orientierungsaussage vorgelegt werden. Die Ethikkommission muss speziell vom Forschungsteam und vom Sponsor unabhängig sein. Katholische Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge haben in ihrem Rahmen dafür Sorge zu tragen, dass bei der Beurteilung dieser Studien die im natürlichen und geoffenbarten Sittengesetz gründenden und von der Kirche authentisch vorgelegten sittlichen Kriterien Anwendung finden.

Bei Humanexperimenten ist die absolut freiwillige Zustimmung der Versuchsperson notwendig. Das setzt eine ausreichende Aufklärung über Absicht, Durchführung, erwarteten Nutzen und Risiken voraus. Die Zustimmungserklärung der Versuchsperson ist schriftlich einzuholen. In wohlbegründeten Fällen kann durch die Ethikkommission die vorherige Informationspflicht aufgehoben werden, z. B. bei epidemiologischen Studien oder für dringliche intensivmedizinische Maßnahmen. In solchen Fällen soll die Information nachgeholt werden.

Insbesondere der mit dem Einsatz von Placebo verbundene randomisierte therapeutische Doppelblindversuch sollte nur durchgeführt werden, wenn keine therapeutischen Alternativen zum Prüfpräparat vorliegen. Eine bereits zugängliche wirksame Behandlung darf nicht grundsätzlich verweigert werden.⁶⁸ Gerade hier ist für ausreichende Aufklärung des Probanden vorzusorgen und die Freiwilligkeit seiner Zustimmung sicherzustellen.

Besondere Fragen stellen sich bezüglich der Forschung an nicht zustimmungsfähigen Patienten, etwa an Kindern, Notfall- oder psychiatrischen Patienten.

Für wissenschaftliche Untersuchungen an Kindern kommen nur solche Studien in Frage, die nicht ebenso gut an Erwachsenen vorgenommen werden können. Ein zu erwartender Nutzen bei möglichst geringem Risiko sowie die spezifische Notwendigkeit einer derartigen Studie an Kindern sind aufzu-

⁶⁷ Vgl. ChG 80.

⁶⁸ Die Placebo-Gabe darf bei in ethisch verantwortlicher Weise durchgeführten randomisierten Studien nicht als Ersatz für eine schon bestehende effektive Therapie erfolgen, sondern gerade deswegen, weil eine effektive Therapie bisher nicht zur Verfügung steht.

zeigen und ausreichend zu begründen. Ein minderjähriges Kind, das fähig ist, seine Zustimmung zu erteilen, hat neben der Zustimmung seiner gesetzlichen Vertreter auch seine eigene Zustimmung für die Durchführung biomedizinischer Studien zu geben.

2.4. Neue Herausforderungen durch die biomedizinische Entwicklung

2.4.1. Genetische Tests und Gentherapie

Genetische Untersuchungen und Tests, die auf die Diagnose einer Krankheit abzielen, sind von jenen, die eine Prognose über eventuell eintretende spätere Krankheiten oder Schädigungen ermöglichen, zu unterscheiden. Das frühzeitige Wissen um eine später möglicherweise ausbrechende Krankheit kann dem Kranken helfen, Lebensentscheidungen anders zu treffen, doch ist dieses Wissen auch eine Belastung. Deshalb muss eine solche Untersuchung freiwillig sein und eine Beratung vor und nach dem genetischen Test einschließen.⁶⁹ Genetische Dispositionen, die sich nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auswirken werden, und tatsächliche Erkrankungen sind nicht einfach gleichzusetzen.

Bei genetischen Tests muss es neben dem Recht auf Wissen (so genannte informationelle Selbstbestimmung) auch ein Recht auf Nichtwissen geben, das für eventuell betroffene Einzelpersonen gilt. Eine generelle und nicht anonymisierte Weitergabe genetisch sensibler Daten an Versicherungen oder Arbeitgeber erscheint als unethisch.⁷⁰

Unter *Gentherapie* versteht man medizinische Verfahren mit dem Ziel, die Ursache genetisch bedingter Erkrankungen durch Veränderung des Genoms zu behandeln. Es gibt die somatische Gentherapie und die Keimbahntherapie.

69 Das österreichische Gentechnikgesetz (GTG) verlangt in § 69 eine Beratung vor und nach dem Test. Vgl. auch Art. 12 der Menschenrechtskonvention zur Biomedizin: »Untersuchungen, die es ermöglichen, genetisch bedingte Krankheiten vorherzusagen oder bei einer Person entweder das Vorhandensein eines für eine Krankheit verantwortlichen Gens festzustellen oder eine genetische Prädisposition oder Anfälligkeit für eine Krankheit zu erkennen, dürfen nur für Gesundheitszwecke oder für gesundheitsbezogene wissenschaftliche Forschung und nur unter der Voraussetzung einer angemessenen genetischen Beratung vorgenommen werden.«

70 Vgl. GTG § 67: »Arbeitgebern und Versicherern einschließlich deren Beauftragten und Mitarbeitern ist es verboten, Ergebnisse von Genanalysen von ihren Arbeitnehmern, Arbeitsuchenden oder Versicherungsnehmern oder Versicherungswerbern zu erheben, zu verlangen, anzunehmen oder sonst zu verwerten.«

Bei der somatischen Gentherapie werden Körperzellen in ihrer genetischen Zusammensetzung verändert. So ist die Therapie auf ein Individuum beschränkt. Sie hat das Ziel, vererbte und erworbene Genkrankheiten durch Einschleusung von normalen Genen in bestimmte Zielzellen des Körpers zu heilen.⁷¹

Die somatische Gentherapie ist vom Ziel her zu befürworten, lässt aber nach der ethischen Vertretbarkeit der angewendeten Mittel fragen. Auch sind Nutzen und Risiken für den Patienten sorgfältig abzuwägen. Da bestimmte Risiken nicht eindeutig abschätzbar sind, sind somatische Gentherapieverfahren ethisch nur dann vertretbar, wenn eine schwere Erkrankung vorliegt, keine alternativen Methoden zur Verfügung stehen oder etablierte Heilverfahren als wenig Erfolg versprechend erscheinen. Eine umfassende Aufklärung des Patienten ist sicherzustellen.

Die Keimbahntherapie muss aus ethischer Sicht ausgeschlossen werden, insofern sie mit verbrauchender Embryonenforschung verbunden ist und eine besonders schwerwiegende Form intergenerationeller Fremdbestimmung darstellt.⁷² Eine Elimination von Erbkrankheiten oder eine Verbesserung des Genpools der Bevölkerung ist mit einer Keimbahntherapie zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ohnehin nicht zu erreichen.

2.4.2. Forschung und Therapie mit Stammzellen

Von der durch Stammzellen-Therapie möglichen Regeneration erwartet man sich viel in der medizinischen Forschung und auch von Seiten der Patienten. Entscheidend ist, woher die Stammzellen kommen. Sind sie beispielsweise dem Nabelschnurblut entnommen, so können sie in ethischer Perspektive ohne weiteres kultiviert und eingesetzt werden, sofern dies von therapeutischem Nutzen ist und mögliche Risiken weitgehend ausgeschlossen werden. Handelt es sich allerdings um so genannte embryonale Stammzellen, so hat der

71 Verschiedene Verfahren somatischer Gentherapie werden angewendet: Die erste Methode wird »ex vivo« durchgeführt. Dabei werden die Zielzellen aus dem Organismus isoliert und in eine Zellkultur mit gesunden Genen transferiert, bevor sie wieder in den Organismus eingepflanzt werden. Die zweite Methode wird »in vivo« angewendet, d. h. es kommt zu einer zielgerichteten Genübertragung in bestimmte Zellen oder Organe. Außerdem gibt es die Zelltherapie »in situ«, die beim Embryo außerhalb des Mutterleibes durchgeführt wird und in Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) steht. Bei den letzten beiden Formen (»in vivo« und »in situ«) kann auch die Keimbahn betroffen sein, weshalb dafür besondere Restriktionen gelten müssen.

72 Die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin bringt in Art. 13 zum Ausdruck: »Eine Intervention, die auf die Veränderung des menschlichen Genoms gerichtet ist, darf nur zu präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Zwecken und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht darauf abzielt, eine Veränderung des Genoms von Nachkommen herbeizuführen.«

unbedingte Schutz des Embryos Vorrang vor seiner therapeutischen Nutzung für andere, wenn diese mit der Tötung oder schweren Beschädigung des Embryos verbunden ist. Denn die Zygote als totipotente Zelle muss bereits wie ein Mensch in seiner Würde und seinem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit behandelt werden.⁷³

Aus naturrechtlich begründeter und noch mehr aus christlicher Sicht darf es keine »überzähligen« Embryonen geben, die der Vernichtung entgegensehen, sondern jeder Embryo ist in seiner Menschenwürde zu respektieren und in seinem Lebensrecht zu achten. Die Preisgabe eines Embryos als Mittel zum Zweck der Lebensrettung eines anderen widerspricht fundamentalen ethischen Prinzipien und ist abzulehnen. Ethisch nicht vertretbar ist auch die verbrauchende Embryonenforschung, bei der entweder »überzählige« Embryonen oder eigens zum Forschungszweck hergestellte Embryonen verwendet und damit zerstört werden.⁷⁴

2.4.3. Klonen von Menschen

Abgesehen davon, dass es auch bei genetischer Identität zweier Personen nicht zu einer bloß numerischen Wiederholung (»Kopie«) der einen Person durch die andere kommen kann, da jeder Mensch ein Original darstellt, ist schon der bloße Versuch genetischer Fremdbestimmung eine Missachtung der Menschenwürde.

Vollends wird dies im Ansinnen des so genannten »therapeutischen Klonens« offenbar, wo ein genetisch identischer Mensch eigens zu diesem Zweck »erzeugt« wird, um gleichsam als Ersatzteillager für einen anderen Menschen zu dienen. Daran ändert die Tatsache nichts, dass es ein Embryo ist, der hier zum Einsatz kommen soll, da dieser ebenso wie der bereits geborene Mensch das unveräußerliche Recht auf Leben besitzt.

Beim »therapeutischen« Klonen (exakter und richtiger als »research cloning« bezeichnet) wird ein geklonter Embryo hergestellt, um ihn dann als therapeutisches Material für andere zu vernichten.⁷⁵

73 In Zukunft könnten ethisch unbedenkliche Verfahren der Gewinnung pluripotenter Stammzellen entwickelt werden. In dieser Hinsicht scheint das ANT-OAR-Verfahren viel versprechend, da die dadurch erzeugten Stammzellen zu keiner Zeit den Status totipotenter Embryonalzellen besitzen: vgl. Maureen L. Condit, *Stem Cells and Babies*, in: *First Things*, August/September 2005, 12 f.

74 In diesem Sinn formuliert auch die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin, Art. 18, Abs. 2: »Die Erzeugung menschlicher Embryonen für Forschungszwecke ist verboten.«

75 Die sprachliche Unterscheidung zwischen »reproduktivem« und »therapeutischem« Klonen ist irreführend, da es in beiden Fällen um Reproduktion geht. Das Wort »therapeutisch« soll eine angebliche ethische Unbedenklichkeit suggerieren, die hier nicht gegeben ist.

2.5. Strukturelle Fragen der Gesundheitsökonomie

2.5.1. Problematik

Im Mittelpunkt verantwortlicher Gesundheitsfürsorge steht nicht die Technik, sondern der Mensch, dem geholfen werden soll, seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern, der von Krankheit und Leiden nach Möglichkeit befreit werden soll, und der, falls dies nicht möglich ist, zumindest Linderung und Betreuung erfahren soll. Dabei ist eine ganzheitliche Sicht des Menschen erforderlich, die nicht nur die physischen Dimensionen des Daseins einbezieht, sondern auch die seelischen sowie geistig-spirituellen Bereiche in ihrer wesentlichen Lebensbedeutung anerkennt.

Vom Standpunkt einer christlichen Ethik geht es daher bei der gesundheitlichen Betreuung um möglichst umfassende und wirksame Hilfe für Patienten, die freilich die Kontingenz des Irdischen anerkennen muss, wenn sie sich, die Patienten und die Gesellschaft nicht überfordern will.⁷⁶

Von daher erscheint es einsichtig, mit persönlichen, aber auch mit strukturellen Grenzen verschiedenster Art zu rechnen. Gute medizinische Betreuung misst sich auch daran, wie man mit jedenfalls vorhandenen Grenzen und Beschränkungen umgeht. Sofern es sich dabei um Bereiche mit ökonomischer Relevanz handelt, kommen unweigerlich die Probleme der Rationalisierung und Rationierung zur Sprache.

Im Kontext der Gesundheitsfürsorge wird unter dem an sich mehrdeutigen Begriff der *Rationierung* meist die (ethisch negativ bewertete) Vorenthaltung medizinischer Maßnahmen aus Kostengründen verstanden. Im Gegensatz dazu zielt *Rationalisierung* auf Effizienzsteigerung durch bessere Nutzung vorhandener Möglichkeiten: Ein gleicher Effekt kann mit weniger Mitteln oder mit gleichen Mitteln ein besserer Effekt erzielt werden.

Angesichts der Knappheit an Ressourcen wird unter dem Begriff der *Allokation* die Zuweisung von begrenzten finanziellen und sachlichen Mitteln diskutiert, wobei jeweils zwei Ebenen der Mikro- und der Makroallokation unterschieden werden.⁷⁷ Die Weichen werden jedoch schon vorher, in der

76 Ärztliches und pflegerisches Handeln darf nicht zu einer Überforderung in dem Sinn führen, dass man der Gesundheitsfürsorge die Sorge für das Gelingen des Lebens selbst und die Totalverantwortung für den Lebensentwurf und damit letztlich für den Weltzustand zumuten wollte.

77 Die untere Ebene der *Mikroallokation* umfasst die Zuteilung von Mitteln und Leistungen an den einzelnen Patienten, die obere Ebene schließt die Zuteilung an bestimmte Patientengruppen ein (z. B. nach dem Gesichtspunkt des Alters, der Lebensqualität, der Lebenserwartung, der sozialen Situation oder riskanter Lebensformen). Die untere Ebene der *Makroallokation* beinhaltet die Verteilung des →

Forschungsallokation, gestellt. Auf diese Weise beginnt die Sozialverträglichkeit der Medizin bereits bei der Sozialverträglichkeit der Forschung.

2.5.2. Sittlich verantwortliche Lösungsansätze

Wie man mit knappen Ressourcen umgeht, hängt zu einem großen Teil von jenen ethischen Vorentscheidungen ab, die im Menschenbild gründen. Dabei sind Reduktionismen zu vermeiden, welche die Ganzheit des Menschseins ausblenden.

Die ethische Perspektive wird den Standpunkt der Gerechtigkeit, aber auch die Pflicht zur Solidarität beachten und die Würde des Menschen zu schützen suchen. Gerecht ist eine Verteilung der medizinischen Versorgung dann, wenn sie die Gesundheit aller gemäß den gegebenen Möglichkeiten wirksam fördert. Das Ziel muss es sein, dem Patienten die Teilnahme an der Rechts- und Solidargemeinschaft weiterhin zu ermöglichen. Es ist eine vorrangige Aufgabe der politischen und öffentlichen Verantwortungsträger, auch in Zukunft möglichst allen Patienten den Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Gerade kirchliche Einrichtungen haben im Sinne der »Option für die Armen« den Auftrag, sich besonders um jene zu sorgen, die aus finanziellen oder anderen Gründen vom Ausschluss von der medizinischen Versorgung bedroht sind.

Wenn das Lebensalter unbesehen als Rationierungskriterium für lebensnotwendige medizinische Leistungen gilt, impliziert dies möglicherweise die in sich ungerechtfertigte Annahme, dass alt sein das gleiche wie todgeweiht sein bedeutet. Alternativ dazu soll man vielmehr nach den realen Lebenschancen fragen, die ein bestimmter Patient unabhängig von seinem Alter besitzt. Hier ist eine Abwägung zulässig, ob man einem Patienten als einzelnen und der Gesellschaft als ganzer bei nur geringen Heilungschancen eine teure und aufwendige Therapie überhaupt zumuten kann. Es darf aber keine Kosten-Nutzen-Relation im Sinn eines ethischen Utilitarismus hergestellt werden, bei der eine Abwägung zwischen lebenswertem und nicht lebenswertem Leben getroffen wird.

Wenn beispielsweise bei einem Sterbenskranken entschieden wird, keine auf Heilung abzielende Therapie mehr durchzuführen und sich stattdessen auf die palliative Betreuung zu konzentrieren, so darf eine derartige Ent-

→ Gesundheitsbudgets auf die verschiedenen Bereiche der Medizin, die obere Ebene umfasst jene gesellschaftspolitischen Entscheidungen, wie das Bruttosozialprodukt auf Bereiche wie Bildung, Recht, Sicherheit, Gesundheit etc. aufgeteilt wird.

scheidung nicht primär dem ökonomischen Kalkül folgen, sondern muss dem Fürsorgeprinzip gerecht werden, das stets das Beste für den Patienten im Blick behält. Allerdings gilt auch hier: Die direkte Tötung eines Unschuldigen – sei sie aktiv-handelnd vorgenommen oder »passiv« durch Unterlassung lebensnotwendiger Maßnahmen – ist ethisch niemals zu rechtfertigen.

Um ungebührlichem Druck zu entgehen, ist grundsätzlich eine Trennung des ärztlich-medizinischen Bereichs und der ökonomischen Verwaltung nötig, was in Krankenhäusern meist durchgeführt ist. Zugleich braucht es die Kooperation der Verantwortlichen. Rechtliche Sicherstellungen im staatlichen Gesundheitssystem sind ebenso nötig wie dem Prinzip der Nachhaltigkeit entsprechende politische Entscheidungen, in denen eine eindimensionale Ökonomie nicht das erste und letzte Wort zu sprechen hat, sondern der Patient in seiner Würde gesehen wird.

Im Hinblick auf eine nötige Reform des Systems der Gesundheitsfürsorge gilt es im Sinne einer »Beteiligungsgerechtigkeit« die aktive und verantwortungsvolle Teilnahme aller an der Sorge für die eigene Gesundheit zu unterstützen. So kann den Prinzipien der Solidarität und der Eigenvorsorge entsprochen werden, damit Effizienz im Gesundheitswesen auch in Zukunft nicht im Gegensatz zur Qualität der medizinischen Versorgung steht.⁷⁸

Schlusswort

Im Dienst der Gesundheitsfürsorge zählt immer der konkrete Mensch. Die Liebe Christi ermutigt uns, die Person des Nächsten in ihrem Eigenwert und ihrer Würde wahrzunehmen. Wer sich dem Mitmenschen in der Gesinnung der Liebe und der Hilfsbereitschaft zuwendet, darf mit der Hilfe Gottes rechnen, der in Jesus Christus als Mensch einer von uns geworden ist.⁷⁹

Die Kirche bringt Respekt, Dank und Anerkennung all jenen gegenüber zum Ausdruck, die in einer besonderen Weise dem leidenden und kranken Mitmenschen dienen. Gott der Herr, Quelle und Ziel allen Lebens, möge das Gute gelingen lassen und jedes aufrichtige Bemühen segnen!

78 Vgl. zu dieser Problematik: Die deutschen Bischöfe: Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen / Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Mai 2003, in: Die deutschen Bischöfe. Erklärungen der Kommissionen, Nr. 27.

79 Vgl. *Mt* 25,40.45: »Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan. ... Was ihr für einen dieser Geringsten nicht getan habt, das habt ihr auch mir nicht getan.«

Literaturangaben

Dokumente

2. Vatikanisches Konzil, Pastorale Konstitution »Gaudium et spes« (= GS) über die Kirche in der Welt von heute, 7. Dezember 1965, online unter <http://konzil.stjosef.at/GS.htm>

Paul VI., Credo des Gottesvolkes, 30. Juni 1968, online unter <http://www.padre.at/credo.htm>

Paul VI., Enzyklika »Humanae vitae« (= HV) über die rechte Ordnung der Weitergabe des menschlichen Lebens, 25. Juli 1968, online unter http://stjosef.at/dokumente/humanae_vitae.htm

Kongregation für die Glaubenslehre, Responsa ad quaesita conferentiae episcopalis Americae Septentrionalis circa sterilizationem in nosocomiis catholicis (»Quaecumque sterilizatio«), 13. März 1975, in: AAS 68 (1976) 738–740

Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung »Iura et bona« zur Euthanasie, 5. Mai 1980, in: AAS 72 (1980) 542–552, deutsch online unter http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html

Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben »Familiaris Consortio« (= FC) über die Aufgaben der christlichen Familie in der Welt von heute vom 22. November 1981, online unter http://stjosef.at/dokumente/familiaris_consortio.htm

Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben »Salvifici doloris« (= SD) über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens, 11. Februar 1984, online unter http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_ge.html

Päpstliche Akademie der Wissenschaften, Erklärung über die künstliche Verlängerung des Lebens und die Bestimmung des exakten Todeszeitpunktes, Arbeitsgruppe, 19.–21. Oktober 1985, engl. in: R. J. White u. a. (Hg.), Working group on the determination of brain death and its relationship to human death (Pontificiae Academiae Scientiarum Scripta Varia, 83), Vatican City 1992, 207–209

Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion »Donum vitae« (= DoV) über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, 22. Februar 1987, online unter http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_ge.html

Johannes Paul II., Enzyklika »Evangelium vitae« (= EV) über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, 25. März 1995, online unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_ge.html

Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen (= ChG), Vatikan 1995, italienisch online unter http://www.academiavita.org/template.jsp?sez=DocumentiMagistero&pag=pontifici_consigli/cos/cos sowie englisch unter <http://www.wf-f.org/healthcarecharter.html>

Johannes Paul II., Ansprache beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im »Palazzo dei Congressi« in Rom am 29. August 2000, in: L'Osservatore Romano. Wochenausgabe in

deutscher Sprache, 30. Jg., Nr. 37, 15. September 2000, 7 f.,
online unter http://www.stjosef.at/dokumente/papst_organtransplantation_2000.htm

Johannes Paul II., Ansprache für Teilnehmer des Kongresses für Wachkoma-Patienten (Thema »Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata«), 20. März 2004, online unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_ge.html

Johannes Paul II., Botschaft an die Päpstliche Akademie der Wissenschaften, 1. Februar 2005, online unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2005/february/documents/hf_jp-ii_spe_20050201_p-acad-sciences_ge.html

Ansprache von Papst Johannes Paul II. bei der Heiligsprechung von Gianna Beretta Molla am 16. Mai 2004, online unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/homilies/2004/documents/hf_jp-ii_hom_20040516_canonizations_ge.html

Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer der XIX. Internationalen Konferenz des Päpstlichen Rates für die Krankenpastoral am 12. November 2004, online unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/documents/hf_jp-ii_spe_20041112_pc-hlthwork_ge.html

Katechismus der Katholischen Kirche. Neuübersetzung aufgrund der Editio typica Latina, München u. a. 2003; lat.: Catechismus Catholicae Ecclesiae, Città del Vaticano 1997, abgekürzt mit KKK, online unter http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX.HTM

Katechismus der Katholischen Kirche. Compendium, München–Vatikan 2005

Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Zweiter Band: Leben aus dem Glauben, hg. von der Deutschen Bischofskonferenz, Freiburg u. a. 1995, abgekürzt mit KEK II, online unter <http://dbk.de/katechismus>

Barmherzige Brüder (Hg.), Charta der Hospitalität (= ChH). Die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen in der Nachfolge des heiligen Johannes von Gott. Übersetzung aus dem spanischen Original, Regensburg 8. März 2000

Barmherzige Brüder in Österreich, Ethik-Codex, online zugänglich über das »Web-Archive« (Stand 12. Oktober 2004) unter <http://web.archive.org/web/20041012142055/http://www.barmherzige-brueder.at/ethik.htm>

United States Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Fourth Edition (= ERD), June 15th, 2001, online unter <http://www.usccb.org/bishops/directives.shtml>

Die deutschen Bischöfe: Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen / Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Mai 2003, in: Die deutschen Bischöfe. Erklärungen der Kommissionen, Nr. 27, online unter http://dbk.de/schriften/DBK1b.Kommissionen/ko_27.pdf

Catholic Bishops' Conference of England and Wales, Cherishing Life (= ChL), 26 May 2004, Book Published by The Catholic Truth Society and Colloquium Ltd. 2004, online unter <http://www.catholic-ew.org.uk/cherishinglife/contents.htm>

Codex Iuris Canonici, auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus, Libreria Editrice Vaticana MDCCCCLXXXIII (= CIC) / Codex des Kanonischen Rechtes. Lateinisch-deutsche Ausgabe, 5., neu gestaltete und verb. Aufl., Kevelaer 2001, online unter <http://www.codex-iuris-canonici.de>

Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium (= CCEO) / Gesetzbuch der katholischen Ostkirchen. Lateinisch-deutsche Ausgabe (AMATECA – Repertoria, Bd. 2), hg. von Libero Gerosa und Peter Krämer, Paderborn 2000, online unter <http://www.ulrichrhode.de/docs/cceo.htm>

Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (= Menschenrechtskonvention zur Biomedizin), Oviedo, 4. April 1997, online unter <http://conventions.coe.int/Treaty/GER/Treaties/Html/164.htm>

Weiterführende Literatur

A. Eser u. a. (Hg.), Lexikon Medizin – Ethik – Recht, Freiburg/Br. 1989

Ch. Götz, Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum, Münster u. a. 2000

R. Graf, Ethik in der medizinischen Forschung rund um den Beginn des menschlichen Lebens, Darmstadt 1999

O. Höffe, Medizin ohne Ethik? Frankfurt/M. 2002

G. Maio, Ethik der Forschung am Menschen. Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit, Stuttgart – Bad Cannstatt 2002

G. Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002

W. Rella, Orale Kontrazeptiva und Nidationshemmung: Eine Nachbetrachtung, in: *Imago Hominis* 10 (2003) 251–254

M. Rhonheimer, Abtreibung und Lebensschutz, Paderborn 2004

E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß, Mainz 1998²

E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, vol. 1, Milano 2000³, vol. 2, Milano 1996²

D. Tettamanzi, *Nuova Bioetica Cristiana*, Casale Monferrato 2000

G. Virt / M. Beck, Versagen des Marktes. Prioritäten pharmazeutischer Forschung als ethisches Problem, in: *Herder Korrespondenz* 59 (2005) 253–257

Vom Generalsekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz herausgegebene Druckschriften:

Die österreichischen Bischöfe

Heft 1: Sonntag und Feiertage in Österreich.
Hirtenwort der österreichischen Erzbischöfe und Bischöfe (2001)

Heft 2: Die Kirche auf dem Bauplatz Europa.
Stimmen der österreichischen Bischöfe zur Wiedervereinigung
Europas (2002)

Heft 3: Versöhnte Nachbarschaft im Herzen Europas.
Erklärung der Österreichischen und
der Tschechischen Bischofskonferenz (2003)

Heft 4: Mitteleuropäischer Katholikentag 2003/2004.
Hirtenbrief und pastoral-liturgische Texte zur Begleitung (2003)

Heft 5: Worte zum Anfang.
Joseph Kardinal Ratzinger – Papst Benedikt XVI. (2005)

I M P R E S S U M

Medieninhaber: Österreichische Bischofskonferenz
Herausgeber: Generalsekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz,
1010 Wien, Rotenturmstraße 2
Für den Inhalt verantwortlich: Msgr. Mag. Dr. Ägidius J. Zsifkovics
Redaktion: Mag. Walter Lukaseder
Grafik und Layout: Volker Plass, 1070 Wien
Druck: REMAprint GmbH, 1160 Wien

Wien, 2006