

Loccumer Pelikan

Religionspädagogisches Magazin für Schule und Gemeinde
des Religionspädagogischen Instituts Loccum



ISSN 1435-8387

Ausgabe 2/2020

Medizinethik

Peter Dabrock:
Verantwortungsethik im
Umgang mit frühestem
menschlichen Leben

Nachgefragt: Organspende
Drei Positionen zum Thema
Organspende

In eigener Sache:
Zugesagt:
Das RPI ist für Sie da!



EVANGELISCH-LUTHERISCHE
LANDESKIRCHE HANNOVERS



editorial <i>Silke Leonhard</i>	3
➤ GRUNDSÄTZLICH	
Konflikte aushalten und menschlich gestalten.	
Verantwortungsethik im Umgang mit frühestem menschlichen Leben <i>Peter Dabrock</i>	4
Ethik am Ende des Lebens <i>Reiner Anselm</i>	12
Kann Medizin immer gerecht sein? Wer entscheidet? <i>Heiner Wedemeyer</i>	16
Wie ist der Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Medizin zu bewerten?	
Eine kurze medizinethische Betrachtung <i>Marcel Mertz</i>	22
➤ NACHGEFRAGT	
Nachgefragt: Organspende	27
Hirntod <i>Jörn Neier</i>	28
Die kirchliche Position zur Organspende. Auszug aus der gemeinsamen Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe zur sog. „doppelten Widerspruchslösung“	30
„Meine Lebensqualität hat sich deutlich verbessert“ Leben mit einem Spenderorgan <i>Juliane Brauner</i>	31
➤ PRAKTISCH	
GELESEN: Anne und Nikolaus Schneider: Vom Leben und Sterben.	
Anne und Nikolaus Schneider im Gespräch mit Wolfgang Thielmann <i>Kirsten Rabe</i>	33
BETRACHTET: Fabien Toulmé: „Dich hatte ich mir anders vorgestellt ...“ <i>Andreas Behr</i>	36
Arztserien <i>Lena Sonnenburg</i>	38
Unters Messer für die Schönheit? Ästhetische Chirurgie in ethischer Reflexion <i>Caroline Teschmer</i>	39
Darf der Mensch alles, was er kann? Mensch, Medizin und Gentechnik: Ethische Urteilsbildung am Beispiel des Films <i>Frozen Angels</i> .	
Eine Unterrichtseinheit für den Sekundarbereich I (9./10. Jahrgang) <i>Christina Harder</i>	43
„Ich mache einen Entwurf von ihm und Sorge, dass er ihm ähnlich wird.“ Kosmetische Operationen bei angeborenen Varianten der körperlichen Geschlechtsmerkmale.	
Unterrichtsbausteine zu einer medizinethischen Anfrage für die Jahrgänge 10-13 <i>Kirsten Rabe</i>	49
Zwischen Freiheit und Verantwortung: Schwangerschaftsabbruch als ethisches Konfliktfeld Unterrichtsideen für die Jahrgänge 9-13 <i>Kirsten Rabe</i>	53
Kazuo Ishiguro: „Alles, was wir geben mussten“.	
Eine fächerübergreifende Annäherung <i>Ariane Dihle und Frauke Thees</i>	59
Selbstoptimierung? – Achtsames Leben. Eine Andacht <i>Silke Leonhard</i>	63
➤ INFORMATIV	
Corona, religiöse Bildsprache und theologische Deutungen. Ein Blick in die Presse <i>Kirsten Rabe</i>	66
Medizin und ethische Fragen im Film <i>Nicole Schwarzer und Anja Klinkott</i>	70
Buch- und Materialbesprechungen.	74
Nachruf Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Feige <i>Bernhard Dressler</i>	78
In eigener Sache: Ein lebendiges Stück Geschichte des RPI	79
In eigener Sache: Zum Abschied von Frau Becker	80
In eigener Sache: Zugesagt: Das RPI ist für Sie da!	81
In eigener Sache: Landeswettbewerb Evangelische Religion 2019/20 – ZUKUNFT.	82
In eigener Sache: 20 Jahre Loccumer Lernwerkstatt	82



Liebe Kolleg*innen!

Jetzt. Anders. [Leben](#). – Wohl kaum jemand hätte beim letzten Lehrkräfteforum im Dezember gedacht, was dieses Motto mit der [Corona-Krise](#) kurze Zeit später für uns und die Welt bedeuten kann. Weder Handschlag noch gar Umarmung; Kinder und Jugendliche von zu Hause aus begleiten; Unterricht und Konfiarbeit per Mail, Chat, Video oder Telefon: Unsere Sprache ist der Prospekt der Erfahrungen, welche [Sorgen](#) uns dabei um die eigene Endlichkeit, in der Vereinsamung durch ‚social‘ oder inzwischen ‚smart distancing‘ bis zur ‚Übersterblichkeit‘ umtreiben. Manche Entschleunigung bricht sich Bahn, manche kreative Neuerung entsteht – durch eine stärkere Kultur des Digitalen in der Schule, in der Gemeinde, im Alltag und im Berufsleben. Fragen über Fragen: Das Kopfzerbrechen darüber, was die Corona-Krise und die gegenwärtigen Veränderungswege im Großen und im Kleinen für unsere [Zukunft](#) bedeuten, wird anhalten. Wir hoffen, zu diesem [Prozess des Nachdenkens](#) beitragen zu können.

Schon im letzten Jahr hatten wir uns im RPI entschlossen, ein religionspädagogisches Heft zu Medizinethik zu konzipieren. Der Ausbruch von COVID-19 hat mit der Aufmerksamkeit auf Virologie und Epidemiologie noch einmal neu den Blick auf die [Bedeutung von Medizin, ihre Forschung und deren Erkenntnisse](#) gelegt. Verschwörungstheorien geben Anlass dazu, Wirklichkeit, Wahrheit, Wissenschaft und Werte zu bedenken. Wir nehmen die Pandemie zum Anlass, nun einige aktuelle medizinethische Aspekte aufzugreifen und dabei zugleich grundlegenden Fragen und Themen zu bearbeiten.

[Theologisch](#) werden das früheste menschliche Leben von Peter Dabrock und die Frage nach dem Umgang mit dem Ende des Lebens von Reiner Anselm bedacht. Dazu gesellen sich

zwei [medizinische](#) Beiträge, die auf gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen eingehen: Heiner Wedemeyer stellt fallbezogene Fragen nach Entscheidungsgerechtigkeit; Marcel Mertz entwirft ein Panorama für Künstliche Intelligenz in der Medizin. Ihnen folgen zahlreiche [religionspädagogisch-didaktische](#) Auseinandersetzungen mit konkreten Problemstellungen, angereichert durch viel Material (auch im Internet, siehe QR-Codes) und Informationen zu aktuellen Terminen.

[Keine Krise ohne Aufbrüche](#). Wir begreifen das Jetzt bei allen Herausforderungen auch als [Chance für Weiterentwicklung](#). Inmitten aller Absagen sagen wir Ihnen zu: Das RPI ist für Sie jetzt und stetig da. Wir stärken die Entwicklung unserer Online-Angebote, erproben neue digitale Formate und Tools, beraten und stützen Ihre Arbeit, wo und wie dies hilfreich ist. (Genaueres zu Angeboten und Begleitung siehe Seite 81). Mein [besonderer Dank](#) gilt meinem RPI-Team für nachdrückliches Engagement und festen Zusammenhalt, mit denen wir durch spezielle Zeiten gemeinsam gehen!

Natürlich freuen wir uns ganz besonders darauf, Ihnen wieder [leiblich](#) im RPI zu [begegnen](#). Bleiben Sie uns bis dahin verbunden. Lernen wir gemeinsam in und aus dieser Zeit; widmen wir uns einer [theologisch-pädagogischen Kultur des Umgangs mit Unverfügbarkeit](#) – in aller Hoffnung und Zuversicht!

Ihre

Silke Leonhard

PD Dr. Silke Leonhard
Rektorin

PETER DABROCK

Konflikte aushalten und menschlich gestalten

Verantwortungsethik im Umgang mit frühestem menschlichen Leben¹

Wir alle werden geboren. Zum einen teilen Menschen das biologische Ins-Leben-Kommen mit den nicht menschlichen Tieren. Zum anderen bildet das Geboren-Werden für jeden Menschen den Einstieg in die menschliche Lebensform mit den Möglichkeiten von Beziehungen, Fürsorge, kommunikativer Freiheit und Selbstbestimmung, aber auch von Erfahrungen der eigenen Endlichkeit und von Widerfahrnissen von Verletzbarkeit und Gewalt. Denken wir an „Geburt“ und „Geburtlichkeit“,² kommen nicht nur Bilder tiefer Liebe für den schutzbedürftigen und nach Zuneigung schreienden Säugling in den Sinn, sondern ebenso Bilder von Schmerz, Tod, Krankheit und enttäuschter Hoffnung. Zudem war und ist nicht jede Schwangerschaft gewollt, und so wundert es nicht, dass der Schwangerschaftsabbruch ein die Menschheit begleitendes Phänomen ist. Noch weit bis ins 20. Jahrhundert hinein wurden Frauen dabei kaum gemeinschaftlich oder staatlich unterstützt. Oft mussten sie versuchen, „ihr“ Problem allein und rechtlich wie gesundheitlich oft höchst risikoreich zu „lösen“.

Zwischen existenzieller Betroffenheit und Regelungsnotwendigkeit

In den vergangenen 50 Jahren ist es trotz oder gerade wegen zunehmender reproduktiver Freiheiten durch bessere medizinische Versorgung, niedrigschwellig erreichbare und sicherere Schwangerschaftsverhütungs- und -abbruchmöglichkeiten zu einer Polarisierung im Umgang mit dem frühesten menschlichen Leben gekommen. Mit der retrospektiv emblematisch zu nennenden Geburt von Louise Brown, also dem ersten in der Petrischale künstlich „erzeugten“ Menschen, ist auch eine neue Entität geschaffen: die In-vitro-Embryonen – frühestes menschliches Leben außerhalb der Bergung des weiblichen Leibes, wo es dem direkten biomedizinischen Zugriff ausgesetzt ist. Er kann untersucht oder – theoretisch – manipuliert werden, an ihm kann geforscht werden, was in der Regel zu seiner Verwerfung führt.

In dieser lebensweltlichen wie biomedizinischen Gemengelage, die zudem in vielen Ländern mit weltanschaulicher und rechtlicher Liberalität, dem Einflussverlust semantischer, insbesondere religiöser Groß Erzählungen und ihrer Traditionsorgane, verknüpft war und noch immer ist, spielen sich die moralischen und ethischen Konflikte um den Lebensanfang ab. Es sind und bleiben einerseits existenzielle Fragen der betroffenen Menschen und andererseits Regelungsgebiete für die rechtsstaatlich und de-

¹ Erstveröffentlichung in: Aus Politik und Zeitgeschichte 20/2019, 13. Mai 2019, 34-40. www.bpb.de/apuz/290806/verantwortungsethik-im-umgang-mit-fruehestem-menschlichen-leben. © Peter Dabrock für Aus Politik und Zeitgeschichte/bpb.de (CC-BY-ND-3.0), 10.5.2019.

² Zu „Geburtlichkeit“ im Anschluss an Hannah Arendt und Hans Saner vgl. Körtner: Leib und Leben, 44–80.

mokratisch verfasste Gesellschaft. Im besten Fall sollen die getroffenen Regelungen nicht die Freiheit der Einzelnen willkürlich beschneiden, sondern sie so weit wie möglich als Ausdruck von Würde und allgemeinem Persönlichkeitsrecht realiter und nicht nur formell achten und schützen. Zugleich sollen sie den Schutz des Lebens von allem Anfang bis zu allem Ende gewähren und schließlich ein gesellschaftliches Klima schaffen, das auf der mikro- wie makrosozialen Ebene freiheitsorientiert, inklusionssensibel und konfliktverarbeitungsfähig bleibt.

Balance zwischen konfligierenden Gütern suchen



Deshalb kann eine die Rechtsbegründung, -schaffung und -anwendung begleitende Ethik weder einfach situations-ethisch argumentieren und nur das individuelle Gewissen zur Letztinstanz von moralischen und rechtlichen Konflikten erklären. Ebenso wenig darf bei der Gestaltungsreflexion dieser persönlich oft tragischen Fragen eine solche Ethik sich allein an einer einzigen Position, sei es die Selbstbestimmung der Frau, sei es der Lebensschutz des frühen menschlichen Lebens, ausrichten. Dazu sind schon beim Schwangerschaftsabbruch die Entscheidungslage und ihre Konsequenzen zu dramatisch: Wo es, noch zu abstrakt formuliert, um „Zweiheit in Einheit“ (Bundesverfassungsgericht) geht, geschlechts- und personalitätssensibler formuliert, um ein „genuines Zwei in Einer“ (Ina Praetorius)³, oder, die zeitliche und emotionale Dynamik noch zwischenleiblicher beschreibend, um einen „Prozeß, innerhalb dessen sich das genuin selbständig Unselbständige zum genuin unselbständig Selbständigen entwickelt“ (Christiane Kohler-Weiß)⁴, da verbieten sich einfache Beurteilungen und Lösungen.

Der Gesetzgeber war deshalb meiner Einschätzung nach gut beraten, als er – vor dem Hintergrund der in vielerlei Hinsicht schwierigen Geschichte der Regelung der Rechtsmaterie des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland⁵ – eine Regelung gefunden hat, die über

verschiedene Prozedere mit unterschiedlichen Beratungsmodi und -zielen versucht hat, die erwähnten Grundrechte, Güter, Interessen und Verletzlichkeiten einigermaßen fair auszugleichen und dabei Billigkeitserwägungen zuzulassen. Mit der Formulierung, dass der nicht aus medizinischer oder kriminogener Indikation vorgenommene Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen nach Befruchtung zwar „rechtswidrig“ sei, jedoch „straffrei“ bleibe, wird juristisch festgehalten, dass er weder eine Form der nachträglichen Verhütung bildet noch eine Schwangerschaft gegen den Willen der Frau fortgesetzt werden soll.

Die gefundene Kompromisslösung überzeugt weder die Verteidiger*innen der reinen Rechtslehre – sie mögen den Kopf darüber schütteln, dass der Staat (zumindest beim Fristenlösungsweig der Schwangerschaftsabbruchsregelung) eine flächendeckende Organisation rechtswidriger Taten anordnet. Sie befriedigt auch nicht die Lebensschützer*innen, weil sie eben das Lebensrecht von höchststrichlich als Grundrechtsträger bezeichneten Embryonen und Föten antastet. Schließlich empört sie auch die Gruppe derjenigen, die die Selbstbestimmung der Frau einseitig favorisiert, weil der Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung als „rechtswidrig“ eingestuft wird. Dennoch hält sie sich bereits erstaunlich lange. Und allen Kulturpessimist*innen zum Trotz sei

„In Problem- und Konfliktkonstellationen des Lebensanfangs sind moralisch klare und eindeutige Lösungen schwerlich zu finden. Deshalb sollte nicht das Verbot, sondern die verantwortliche Gestaltung das Handeln leiten.“

© Ian Allenden/
123RF

³ Praetorius: Zum Ende des Patriarchats, 30.

⁴ Kohler-Weiß: Schutz der Menschwerdung, 316.

⁵ Siehe dazu auch von Behren: Kurze Geschichte des

Paragrafen 218 Strafgesetzbuch.

darauf hingewiesen, dass die Zahl der Abbrüche signifikant, seit den 1980er-Jahren um über die Hälfte, zurückgegangen ist, auch wenn sie mit etwa 100.000 pro Jahr noch immer recht hoch ist, wobei über 96 Prozent der Abbrüche der Fristenlösung mit Beratungspflicht zuzuordnen sind.⁶

Es wäre aus meiner Sicht kein gutes Signal gewesen, wenn der Gesetzgeber 2019 §219a Strafgesetzbuch, der die Werbung für Schwangerschaftsabbrüche unter Strafe stellt, ersatzlos gestrichen hätte. Er gehört in eine Regulationsarchitektur hinein, die verschiedene Güter ausbalanciert, um anzuzeigen, dass man nicht einfach für eine rechtswidrige, wenn auch straffreie Tat werben können soll. Umgekehrt hatten Gerichtsurteile gezeigt, dass mit ihm das Recht einer Frau, sich im Schwangerschaftskonflikt umfassend informieren, sprich: auch niedrigschwellig erfahren zu können, welche Ärzt*innen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, deutlich eingeschränkt war. Ärzt*innen, die nur auf ihrer Homepage darüber informiert hatten, dass sie dies tun, waren bisher dem Risiko der Strafverfolgung ausgesetzt. Diese, beide Parteien oftmals schwer belastende, unsichere Rechtslage musste deshalb modifiziert werden. Wegen des verfassungsrechtlich hohen Ranges des Lebensschutzes des Fötus konnte die rechtliche Änderung nicht so weit gehen, die Präsentation aller ärztlichen Optionen ungefiltert zu erlauben. Dies wäre der verbotenen Werbung recht nahegekommen. Entsprechend ist es sinnvoll, wenn aufgrund der Neuregelung 2019 die notwendige Aufklärung in einer dem Konflikt angemessenen und auf die jeweilige Frau individuell bezogenen Beratungssituation erfolgt und dabei zudem auf zentral verwaltete, aktuelle Listen mit Schwangerschaftsabbruch anbietenden Ärzt*innen sowie verwendeten Methoden verwiesen werden kann.

Sym-Pathie statt verurteilende Pseudo-Eindeutigkeit

Interessanter- oder bezeichnenderweise – weil eben der Großteil der Gesellschaft doch ihren Frieden mit der Kompromissregelung zum Schwangerschaftsabbruch geschlossen hat – fixieren sich die ethischen Debatten um den Lebensanfang vor allem auf die neuen Pränataldiagnosen, konkret: auf die nicht invasiven Pränataltests (NIPT) oder die Präimplantations-

diagnostik (PID), aber auch auf die Frage der Bewertung von Spätabbrüchen, auf Embryo-, Samen- und Eizellspende, die Leihmutterschaft, die im Tierversuch gelungenen und damit in Zukunft auch beim Menschen zu erwartenden Reproduktionstechniken, die außergewöhnliche Möglichkeiten späterer Familienkonstellationen zulassen, oder die Experimente mit In-vitro-Embryonen.

Es bedarf keiner allzu großen prophetischen Gabe, um zu prognostizieren, dass auch in Zukunft neue moralische Konflikte um Fragen des Lebensanfangs aufkommen werden. Auch sie werden immer wieder nach ethischer Reflexion verlangen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich dafür einige Markierungen benennen, die mir als evangelischem Ethiker und Beobachter zahlreicher Diskurse der vergangenen Jahrzehnte derzeit wichtig sind. Ich schreibe „derzeit“, weil ich sie nach bestem Wissen und Gewissen, sprich: nach selbstkritischer Prüfung meine, so vertreten und ethisch begründen zu können.⁷ Dennoch weiß ich, dass jeder sich dabei an eigenen Voraussetzungen abarbeitet. Es sind persönliche Prägungen und Prägungen der eigenen intellektuellen Biografie, die zulassen, Änderungen im Wissensbestand nicht an sich abprallen zu lassen, sondern identitätsbildend und intellektuell zu verarbeiten.

Zunehmend merke ich, dass ich angesichts der enormen Komplexität und vielfach undurchschaubaren Gemengelage skeptischer geworden bin, moralische Urteile über Handlungsabsichten im Bereich des Umgangs mit dem frühen menschlichen Leben zu fällen. Es mag die eine oder andere geben, die, ohne mit der Wimper zu zucken, eine Schwangerschaft abbricht. Es mag Forschende geben, denen es einerlei ist, ob sie mit Embryonen forschen oder mit unbelebter Materie. Den allermeisten der in Schwangerschaftskonflikte involvierten Menschen unterstelle ich nicht, dass sie – und das gilt sicher auch für die beteiligten „ers“ – nötige Entscheidungen leichtfertig fällen. Diese Zurückhaltung moralischer Beurteilung unterstreicht die frühe, von katholischer und evangelischer Kirche in Deutschland gemeinsam verantwortete Schrift *Gott ist ein Freund des Lebens* von 1989: „Konfliktlagen von dieser Schärfe können nicht allgemeinverbindlich aufgelöst werden. (...) Wenn eine Schwangere sich nicht in der Lage sieht, das in ihr heranwachsende Leben anzunehmen,



Regelungen sollten konflikt-sensibel sein, möglichst viele Perspektiven einbeziehen, die dahinterstehenden Güter und Verletzlichkeiten möglichst intensiv berücksichtigen und die verbleibenden Konflikt-dimensionen prozeduralisieren.



⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt: Schwangerschaftsabbrüche, Tabelle 7.

⁷ Für eine ausführlichere ethische Begründung siehe Dabrock: Bioethik des Menschen, in: Huber / Meireis / Reuter (Hg.): Handbuch der Evangelischen Ethik.

darf ihre Entscheidung, obwohl gegen Gottes Gebot, nicht pauschal und von vornherein als selbstherrliche Verfügung über menschliches Leben verurteilt werden.“⁸ So einseitig rigoristisch, wie immer behauptet, waren die Kirchen selbst damals nicht. Dennoch unterscheidet sich ihr Umgang mit den Konfliktfragen des Lebensanfangs erkennbar.

Während die katholische Kirche, insbesondere in den offiziellen Verlautbarungen Roms, vielfach vermeintlich eindeutige moralische Normen und Orientierungen aufrechterhält und anderslautende Positionierungen nicht selten des Hedonismus, des Technokratismus oder gar der Propagierung einer „Kultur des Todes“⁹ gezogen hatte – wiewohl viele katholische Moraltheologen eine erheblich differenziertere Position vertraten und vertreten –, ist in den auch offiziellen Texten der evangelischen Kirchen, sekundiert vom überwiegenden Teil der theologischen Ethiker, nach meiner Wahrnehmung eine höhere Konflikt- und Ambiguitätssensibilität zu konstatieren.¹⁰ Diese wird katholischerseits mit bemerkenswertem Engagement und mit großer Offenheit in die Seelsorge verlagert. Und doch ist es mir als evangelischem Ethiker nicht unwichtig, dass „meine“ Kirche schon in der Ethik und nicht erst in der Seelsorge darauf reflektiert, dass allgemeinverbindliche Lösungen bisweilen fehlen, und dieses Eingeständnis auch ethisch und für die politische Beratung zu rechtlichen Standards fruchtbar macht.

Die Zurückhaltung vor moralischen Verurteilungen bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass man einen Freifahrtschein für alles und jeden im Umgang mit dem frühesten menschlichen Leben ausstellen darf. Regelungen sollten aber konfliktensibel sein, möglichst viele Perspektiven einbeziehen, die dahinterstehenden Güter und Verletzlichkeiten möglichst intensiv berücksichtigen und die verbleibenden Konfliktdimensionen prozeduralisieren. Dass dabei Härten sehr wohl entstehen können, lässt sich nicht leugnen.

Um ein aktuelles Beispiel zu erwähnen: So sehr ich das Bedürfnis kinderloser Paare, seien sie hetero- oder homosexuell, sym-pathisch, sprich: mitleidend, sehe, genetisch eigene Kinder bekommen zu wollen, muss ich bei der Leih-

mutterschaft – mit sehr vorsichtig und sorgsam zu erwägenden Ausnahmetatbeständen, die sich an wechselseitiger Verbindlichkeit und Verantwortung festmachen könnten – derartig erhebliche Nachteile konstatieren, nämlich Gefahren physischer Art (bei der potenziellen Leihmutter), psychischer und sozialer Art (bei allen Beteiligten) sowie ökonomischer Art (Ausnutzung finanzieller Notsituationen), dass ich bis zum Erweis des Gegenteils davon überzeugt bin, dass das deutsche Verbot angebracht ist. Meine Position speist sich dabei nicht allein aus der Vorstellung, dass ich aus meinem Glauben oder einer bestimmten Pflichten- oder Wertethik heraus solche Handlungen verurteilen würde oder prinzipiell gegen neue Familienkonstellationen wäre. Vielmehr meine ich, vor allem konsequentialistisch hinreichende Gründe benannt zu haben, warum die mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht geltende grundsätzliche Erlaubnis eines Tuns hier zurückgewiesen werden sollte.

Ehrlichkeit statt Sündenbocksuche

Dass in Problem- und Konfliktkonstellationen des Lebensanfangs nicht immer das Verbot, sondern vor allem die verantwortliche Gestaltung, die Begleitung, die Beratung und das Bereitstellen von Hilfsangeboten das Handeln und die damit befassten Institutionen und Organisationen leiten sollte, scheint mir ein Ausdruck der ethischen Einsicht zu sein, dass moralisch klare und eindeutige Lösungen schwerlich zu finden sind. Diese Einsicht führt mich zu der weiteren ethisch reflektierten moralischen Maxime, dass man sich und anderen gegenüber ehrlich bleiben muss. Insbesondere im Feld der Ethik des Lebensanfangs wird noch immer allzu häufig mit Scheinheiligkeiten, Scheinsicherheiten und Sündenbock-Mentalitäten agiert. Angesichts der hohen Vulnerabilität der Beteiligten sind solche Vorgehensweisen ethisch höchst unangemessen. Einige Beispiele mögen dieses auf den ersten Blick scharfe Urteil belegen.

Embryonenforschung

In der ersten Stammzelldebatte Anfang der 2000er-Jahre wurde – nicht zuletzt von Kirchenvertreter*innen und Theolog*innen – darauf verwiesen, dass es in Deutschland im Verhält-



„Es wäre aus meiner Sicht kein gutes Signal gewesen, wenn der Gesetzgeber 2019 §219a Strafgesetzbuch, der die Werbung für Schwangerschaftsabbrüche unter Strafe stellt, ersatzlos gestrichen hätte. Er gehört in eine Regelungsarchitektur hinein, die verschiedene Güter ausbalanciert.“
© L-BBE/Wikimedia

⁸ Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland / Deutsche Bischofskonferenz: Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, 69.

⁹ Vgl. Papst Johannes Paul II.: Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens.

¹⁰ Vgl. Dabrock: „... nur in wenigen Fragen Eindeutigkeit oder gar Einstimmigkeit“.

”

In Deutschland wurde die Zahl der aus In-vitro-Fertilisationszyklen übrig gebliebenen Embryonen nur durch einen typisch deutschen Regelungs-trick niedrig gehalten.

[...]

Es mutet mir scheinheilig an, wenn ein Land, das Samenspende ermöglicht und auch rechtlich keine Vorbehalte gegen die Embryospende hat, die Eizellspende verbietet.

“

nis zu anderen Ländern nur eine geringe Zahl an sogenannten (aus In-vitro-Fertilisationszyklen, IVF-Zyklen) übrig gebliebenen, „überzähligen“ Embryonen gäbe. Man übergang dabei oft tunlichst, dass diese Zahl nur durch einen typisch deutschen Regelungs-trick niedrig gehalten wurde. Denn es gab zwar in der Tat nur wenige bei der IVF nicht verwendete, befruchtete Eizellen, für die nach Embryonenschutzgesetz ein Grundrechtsschutz gilt. Dass gleichzeitig in Deutschland genauso viele imprägnierte Vorkerne¹¹ existierten wie im Ausland kryokonservierte Embryonen, wurde oft verschwiegen. Somit stellte man sich nicht selten ungebührlich auf eine höhere moralische Warte, die zu verteidigen man vorgab. Keineswegs liegt es in meinem Interesse, durch diese Offenlegungen eine verbrauchende Embryonenforschung zu legitimieren, aber eine solche Unehrlichkeit im Umgang mit der eigenen Position und mit der Position anderer erscheint mir ethisch nicht statthaft.

Embryo-, Samen- und Eizellspende

Ebenso mutet es mir scheinheilig an, wenn ein Land, das Samenspende ermöglicht und auch rechtlich keine Vorbehalte gegen die Embryospende hat – wiewohl hier erheblicher rechtlicher Klärungs- und Umsetzungsbedarf besteht –, die Eizellspende verbietet. Mitnichten seien die Unterschiede zwischen Samenspende und der Spende von (kryokonservierten) Embryonen eingeebnet (die zur Embryospende notwendige Eizellspende ist gesundheitlich risikoreicher, die Gefahr der Ausbeutung höher); stellt man aber die Eizellspende wiederum in den Kontext anderer erlaubter risikoreicher Gesundheitseingriffe, dürften die Gründe des Verbotes durchaus schwer zu rechtfertigen sein. Das gilt insbesondere dann, wenn die sorgfältigen prozeduralen Maßnahmen berücksichtigt würden, die der Deutsche Ethikrat für die Embryospende 2016 vorgeschlagen hat.¹² Den Eindruck, dass hier ein Gender Bias und eine einseitige Verteidigung eines bestimmten (in sich durchaus sinnvollen) Familienbildes die rechtliche Regulierung prägt, lässt sich nicht leicht von der Hand weisen.

¹¹ So werden grundrechtlich nicht geschützte Eizellen bezeichnet, in die das Spermium bereits eingedrungen war und die in ihrer biologischen Entwicklung nur wenige Stunden, bevor die Verschmelzung stattgefunden hätte, in flüssigem Stickstoff tiefgefroren wurde.

¹² Vgl. Deutscher Ethikrat: Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung.

PND und PID

Kaum anders als in Richtung einer Sündenbock-Mentalität kann ich die eklatante Ungleichbehandlung von Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID) deuten. Hier scheint die Angst überhandgenommen zu haben, dass man bei der PID denselben Schiffbruch erleidet wie bei der PND. Diese hatte man als Diagnosetool für extreme Ausnahmefälle zugelassen, aus der dann eine Routinemaßnahme wurde. Um dies bei der PID zu verhindern, hat man zum einen auf die Unvergleichbarkeit beider Diagnosen verwiesen (die PND geschehe in der ontologischen und moralischen Ausnahmesituation des „zwei in einer“, während die PID einen extrakorporalen Konflikt darstelle, da sie an IVF-Embryonen vorgenommen wird). Zum anderen hat man sie mit einer Reihe an Verfahren und finanziellen Hürden für Normalverdienende versehen. Aber stimmt es, dass die Konfliktsituation so verschieden ist? Richtig ist: Die PID antwortet auf einen extrakorporalen Konflikt, aber es ist doch ein innerleiblicher. Denn die Betroffenen leiden oft intensiv psychosomatisch an den Gründen, die sie überhaupt eine PID in Erwägung ziehen lassen. Und stimmt es, dass man bei der PID eine ähnliche Ausweitung wie bei der PND erwarten muss? Das träfe zu, wenn sich immer mehr Paare entscheiden würden, trotz natürlicher Zeugungsmöglichkeit auf das IVF-Verfahren zu setzen. Man braucht schon angesichts der noch immer recht geringen Erfolgsrate der IVF und den damit einhergehenden körperlichen wie psychischen Belastungen nicht vermuten, dass dieses düstere Szenario eintritt. Dann ist aber die Zahl der IVF-Verfahren die „natürliche“ Grenze der PID – es bleibt also bei einer erkennbar begrenzten Zahl. Wenn dem so ist, dann beschleicht einen der Verdacht, dass ausgerechnet an der kleinen Gruppe der Paare, die aus sehr nachvollziehbaren Gründen (schweres, genetisch verursachtes Leid in der Familie) eine in Deutschland nur in sehr engen Grenzen mögliche PID in Erwägung ziehen, das Exemplum statuiert wird, das man bei der PND vermieden hat. Mit der Ethik von Klaas Huizing¹³ könnte man diagnostizieren: Eine Scham über früheres Versagen wird dahingehend umgemünzt, dass ausgerechnet eine besonders vulnerable Gruppe mit einer Schuld kategorisierung konfrontiert wird.

¹³ Vgl. Huizing: Scham und Ehre.



Lebensanfang

Ausgerechnet bei der Gretchenfrage, die bei nahezu allen Konflikten um den Lebensanfang – ob es einem passt oder nicht – eine entscheidende Rolle spielt: „Wie hältst Du es mit dem moralischen Status des menschlichen Embryos?“, werden Unsicherheiten oft verschleiert. Bei ihrer Beantwortung auf metaphysische Pseudosicherheiten zu verzichten, wäre ein Ausdruck von Ehrlichkeit. Selbst wenn man an dem Axiom festhält, dass der Mensch „von allem Anfang bis zum Ende“ unabhängig von Eigenschaften und innerweltlichen Zugehörigkeiten als Träger von Würde anzuerkennen, zu achten und zu schützen ist (und dies mit Gottebenbildlichkeit des Menschen oder schlicht der Menschenwürde begründet), sollte man doch Unsicherheiten in der Bestimmung des Anfangs nicht leugnen. Wer beispielsweise die These vertritt, dass nach der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle ein irreversibler Prozess abläuft, der bei nicht widrigen Umständen einen Menschen hervorbringt, wird nach heutigem Wissensstand sich und anderen ehrlicherwise eingestehen müssen, dass die Sache viel komplizierter ist: Die inner- und außerkörperlichen Umwelten reduzieren sich nicht darauf, förderliche und nicht-

widrige Umstände bereitzustellen, sondern wirken sich konstitutiv und nicht nur instrumentell auf die Entfaltung des Programms aus.¹⁴ Zudem wird man dank der jüngsten Forschungen in der Entwicklungsbiologie den Gebrauch der Potenzialitätskonzeption nur noch als sehr eingeschränkt plausibel bezeichnen können. Denn mit ein paar – zugegebenermaßen sehr aufwändigen – technischen Tricks ist „potenziell“ aus jeder menschlichen Zelle eine Keimbahnzelle herstellbar. Wer kontert, dass dies aber nur mit technischen Tricks, die moralisch nicht zählen dürften, funktioniere, hat unter der Hand eine bestimmte Form der Potenzialität, nämlich die *potentia activa*, zur alleinigen „wahren“ erklärt und technische Manipulation als ein fehlendes Merkmal echter Potenz erklärt. Wenn dem aber so wäre, dann mangelte allen IVF-Embryonen, um die doch so engagiert gekämpft wird, das Merkmal der aktiven Potenz. Denn von sich aus und ohne weitere menschliche Assistenz wäre diese Form menschlichen Lebens alsbald dem Untergang geweiht. Im Umkehrschluss hieße das: Wenn jede menschliche Zelle offensichtlich die Potenz besitzt, sich zum und als menschliches Wesen zu entwickeln, müsste jede Zelle

„Wenn wir alles dafür tun, dass das Leben mit Menschen mit Behinderung in dieser Gesellschaft (noch) möglich(er) wird, dann tun wir vermutlich einen größeren Schritt in Richtung des Schutzes frühen menschlichen Lebens als mit vielen – oft in hochmoralischem Ton präsentierten – Stellungnahmen.“

© DenKuvaiev/iStock

¹⁴ Vgl. Rehmann-Sutter: Würde am Lebensbeginn.



*„Entgegen eingespelter Deutungsmuster ist die Fertilisationsthese als Festlegung des Beginns der Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos inzwischen wenig selbstverständlich.“
© destina / fotolia*

zum Grundrechtsträger erklärt werden – eine erkennbar absurde Position.¹⁵

Ich führe diese Beispiele nicht an, um andere Positionen lächerlich zu machen, sondern, erstens, um daran zu erinnern, wie wenig selbstverständlich entgegen eingespielter Deutungsmuster die Fertilisationsthese als Festlegung des Beginns der Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos inzwischen ist. Der Hinweis auf die absurden Konsequenzen der ausgezeigten Potenzialitätsthese demonstriert, zweitens, dass wir anstelle ontologischer Diskussionen unterschiedliche Verantwortungsdringlichkeiten identifizieren sollten. Man muss nicht der These zustimmen, der ich zuneige, dass das Ins-Leben-Kommen ein Prozess ist, der sich am ehesten zum Zeitpunkt der Nidation, also der Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutterwand, hinreichend stabilisiert. Aber man sollte anerkennen, dass Schwangerschaftskonflikte einen anderen Verantwortungskontext darstellen und andere Handlungsstrategien erfordern als Forschungen mit embryonalen Stammzellen.

NIPT

Um Verantwortungskontexte nicht auf symbolische Statusdebatten zu reduzieren, würde es auch helfen, sich ehrlich einzugestehen, dass es bei bestimmten genetischen Abweichungen einerseits zu einer zunehmenden Selektion von Föten, insbesondere mit Trisomie 21, kommt,¹⁶ andererseits eine hohe, in der Langzeitentwicklung sogar zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit (auch geistiger) Behinderung zu beobachten ist.¹⁷ Das Erste bedauere ich, das Zweite ist anzuerkennen. Und beides zusammen bedeutet eine im menschlichen Leben leider nicht selten anzutreffende lebensweltliche Spannung – und mancher würde sicher auch sagen: Diskrepanz. Mit Blick auf deren eine Dimension, nämlich der von vielen Frauen und Eltern ein-

gestandenen existenziellen Überforderung, ein Leben mit einem behinderten Kind glauben führen zu können, erleben wir seit einigen Jahren sporadisch eine immer intensiver geführte Debatte, gerade wieder im Frühjahr 2019. Sie dreht sich um die Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die bereits als Medizinprodukt zugelassenen und somit privat finanzierbaren nicht invasiven Pränataltests (NIPT) als Regelleistung bei Risikoschwangerschaften refinanzieren soll oder nicht. Als Regelleistung bei Risikoschwangerschaften (zu der man recht leicht fast jede Schwangerschaft deklarieren kann) wird bisher die invasive PND, die allerdings ein Fehlgeburtsrisiko von einem bis zwei Prozent aufweist, eingeordnet und somit finanziert. Zumindest für negative Testergebnisse sind die NIPT gleich präzise. Bei einem positiven Befund müsste nochmals zur Sicherheit eine PND nachgeschoben werden. Gegner der Refinanzierung der NIPT durch die GKV befürchten eine Normalisierung eines vorgeburtlichen „Qualitätschecks“ und eine endgültige pränatale Selektion von Menschen mit Down-Syndrom. Dagegen wird zum einen eingewandt, dass bereits durch die invasive PND eine solche Situation eingetreten sei. Wenn die NIPT als Regelleistung nicht refinanziert würden, würde man nur das vermeidbare Fehlgeburtsrisiko eingehen und die sozial Schwächeren treffen, für die die private Finanzierung eines solchen Tests außerhalb ihrer Möglichkeiten läge.¹⁸ Weil es zu den Grundvoraussetzungen des Rechts zählt, einigermaßen gleiche Fälle auch gleich zu behandeln, kommt man kaum um die Einschätzung herum, dass man entweder invasive und nicht invasive Pränataldiagnostiken als Regelleistung finanzieren oder nicht finanzieren sollte. Eine Ungleichbehandlung erscheint dagegen sachwidrig. Ob man allerdings das Rad zurückdrehen und auf alle Pränataldiagnostiken verzichten sollte, erscheint angesichts der gesellschaftlichen Pluralität in der Auffassung zum frühen menschlichen Leben doch mehr als zweifelhaft.

Entscheidend ist aus meiner Sicht aber vor allem, den Blick auf die zweite Dimension der zuvor erwähnten Spannung zwischen pränataler Selektion und zunehmender Anerkennung von Menschen mit Behinderung zu lenken. Die Verantwortungslage lautet dann: Wenn wir alles dafür tun, dass das Leben mit Menschen mit Behinderung in dieser Gesellschaft (noch)

¹⁵ Vgl. Schickl/Braun/Ried/Dabrock: Abweg Totipotenz.

¹⁶ Immer wieder geistert die Zahl umher, dass von zehn Föten, bei denen mittels PND Trisomien 21 entdeckt worden seien, neun abgetrieben würden. Zu deutlich niedrigeren Werten (60 bis 80 Prozent) und den Schwierigkeiten ihrer Bestimmung vgl. Natoli et al.: Prenatal Diagnosis of Down Syndrome; Weichert et al.: Prenatal Decision-Making in the Second and Third Trimester in Trisomy 21.

¹⁷ Zur Deutung dieser Spannung vgl. noch immer von den Daele: Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik. Zu neueren Zahlen und Deutungen vgl. Woo: Kontaktbedingungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung als Prädiktoren von Einstellungen zu Inklusion.

¹⁸ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD: Nichtinvasive Pränataldiagnostik; zuvor schon Dabrock: Schwangerschaft auf Probe.

möglich(er) wird, dann tun wir vermutlich einen größeren Schritt in Richtung des Schutzes frühen menschlichen Lebens als mit vielen – oft in hochmoralischem Ton präsentierten – Stellungnahmen. Angesichts millionenfach gelebter Bereitschaft zur Solidarität mit Pflegebedürftigen, mit Kindern und erwachsenen Menschen mit Behinderung sowie zur damit unbezweifelbar auch bezeugten Bereitschaft zu persönlichen Opfern sollten wir nicht unterstellen, dass die Menschen immer mehr zu Hedonismus und zu Perfektion neigen und von fehlendem Gemeininteresse geprägt sind – und aus diesem Geiste heraus leichtfertig bereit sind zu Schwangerschaftsabbrüchen oder generell zu technokratisch betriebener Reproduktionsoptimierung. Solch pauschale Verurteilungen helfen niemandem, insbesondere nicht den Verletzlichsten.

Schluss

Konflikte und Menschen in ihrer Not ernsthaft und respektvoll wahrzunehmen, sie und die Betroffenen als Grenze reiner ethischer Begründungen und Urteile zu achten,¹⁹ ehrlich gegen Scheinheiligkeiten vorzugehen, Uneindeutigkeiten auszuhalten, Sündenbock-Mentalitäten zu vermeiden, ohne deshalb das Bestreben aufzugeben, reflexiv Korridore der Verantwortung zu identifizieren, und zu versuchen, menschliches Leben von Anfang bis zum Ende anzuerkennen, zu achten und zu schützen: Das sind Schritte einer Verantwortungsethik, die der eine aus dem Geiste des Glaubens an den gerechten und barmherzigen Gott zu gehen versuchen mag, die andere, weil ihr der Mensch als Anderer radikal, von der Wurzel her und von Grund auf sym-pathisch ist. ◆

Literatur

- Dabrock**, Peter: „... nur in wenigen Fragen Eindeutigkeit oder gar Einstimmigkeit“. Zur Genealogie jüngerer bioethischer Stellungnahmen der EKD, in: Zeitschrift für Theologie und Kirche 109/2012, 360–396
- Dabrock**, Peter: Bioethik des Menschen, in: Huber, Wolfgang / Meireis, Torsten / Reuter, Hans-Richard (Hg.): Handbuch der Evangelischen Ethik, München 2015, 517–583
- Dabrock**, Peter: Schwangerschaft auf Probe, in: Süddeutsche Zeitung, 7./8.7.2012, 2
- ¹⁹ Vgl. Mk 2,27: „Der Sabbat ist um des Menschen willen gemacht und nicht der Mensch um des Sabbats willen.“
- Deutscher Ethikrat**: Embryospende, Embryoadoptation und elterliche Verantwortung. Stellungnahme, Berlin 2016
- Huizinga**, Klaas: Scham und Ehre. Eine theologische Ethik, Gütersloh 2016
- Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD**: Nichtinvasive Pränataldiagnostik. Ein evangelischer Beitrag zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung, Hannover 2018
- Kohler-Weiß**, Christiane: Schutz der Menschwerdung. Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt als Themen evangelischer Ethik, Gütersloh 2003
- Körtner**, Ulrich H.J.: Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen, Göttingen 2010
- Natoli**, Jaime L. et al.: Prenatal Diagnosis of Down Syndrome. A Systematic Review of Termination Rates (1995–2011), in: Prenatal Diagnosis 2/2012, 142–153
- Papst Johannes Paul II.**: Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Enzyklika „Evangelium vitae“ vom 25. März 1995, Leutendorf 1995
- Praetorius**, Ina: Zum Ende des Patriarchats. Theologisch-politische Texte im Übergang, Mainz 2000
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland/ Deutsche Bischofskonferenz**: Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Trier 1989
- Rehmann-Sutter**, Christoph: Würde am Lebensbeginn. Der Embryo als Grenzwesen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51/2008, 835–841
- Schickl**, Hannah / Braun, Matthias / Ried, Jens / Dabrock, Peter: Abweg Totipotenz. Rechtsethische und rechtspolitische Herausforderungen im Umgang mit induzierten pluripotenten Stammzellen, in: Medizinrecht 32/2014, 857–862
- Statistisches Bundesamt**: Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3 (2018), Wiesbaden 2019
- van den Daele**, Wolfgang: Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Selektion und Auswirkungen auf die Lage behinderter Menschen, in: Annemarie Gethmann-Siefert / Stefan Huster (Hg.): Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2005, 206–254
- von Behren**, Dirk: Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 20/2019, 13. Mai 2019, 12–19; www.bpb.de/apuz/290795/kurze-geschichte-des-paragraphen-218-strafgesetzbuch
- Weichert**, Alexander et al.: Prenatal Decision-Making in the Second and Third Trimester in Trisomy 21 – affected Pregnancies, in: Journal for Perinatal Medicine 2/2017, 205–211
- Woo**, Anke: Kontaktbedingungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung als Prädiktoren von Einstellungen zu Inklusion, Dissertation, Pädagogische Hochschule Heidelberg 2017, <https://opus.ph-heidelberg.de/frontdoor/deliver/index/docId/230/file/DissertationWoll21Juni2017.pdf>



DR. PETER DABROCK ist Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und war bis zum 10. April 2020 Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.

REINER ANSELM

Ethik am Ende des Lebens

”

Der Tod ist der Verlust jeder Aktivität des Menschen, ein Zustand vollkommener Passivität. Die zentralen ethischen Fragen sind: Wann beginnt dieser Zustand und wie verhält sich das Tun des Einzelnen in der letzten Lebensphase zu der Passivität des Todes?

“

Der Tod als Zustand vollkommener Passivität

Von Ludwig Wittgenstein stammt die viel zitierte Feststellung „Der Tod ist kein Ereignis des Lebens. Den Tod erlebt man nicht“¹. Der Tod ist der Verlust jeder Aktivität des Menschen, ein Zustand vollkommener Passivität. Manche Ethiker*innen haben daraus die Folgerung abgeleitet, dass Nachdenken über den Tod sinnlos sei: Eine Aussage über den Tod zu treffen sei uns endlichen Wesen nicht möglich, und das gelte natürlich auch für die Frage, was ein guter Tod sein könne. Diese zugegebenermaßen eher akademische Frage mag hier auf sich beruhen. Denn eine Ethik am Ende des Lebens fokussiert ja gar nicht in erster Linie den Tod, sondern das Sterben. Und hier kann gar kein Zweifel bestehen, dass das Sterben Bestandteil des Lebens ist und damit auch einen Bestandteil der Lebensführung darstellt. Dennoch ist Wittgensteins Bemerkung von herausragender Bedeutung gerade auch für diese Fragen einer Ethik des Sterbens. Denn der Gedanke, dass der Tod nach dem Verlust jeder Aktivität der Zustand vollständiger Passivität sei, strahlt aus auf die beiden zentralen ethischen Fragen am Ende des Lebens: 1. Wann beginnt dieser Zustand und 2. wie verhält sich das Tun des Einzelnen in der letzten Lebensphase zu der Passivität des Todes? Während im einen Fall die Problemkreise des Hirntods und damit auch der Organspende angesprochen sind, steht der zweite Komplex in Verbindung mit der umstrittenen Frage nach dem (assistierten) Suizid im Falle einer unheilbaren oder doch zumindest als perspektivlos empfundenen Erkrankung. Da beide Themen jüngst

Gegenstand einer intensiveren öffentlichen Debatte geworden sind, sollen beide hier auch den Fokus der Überlegungen bilden.

Zur Frage des Hirntods

Zunächst zur Frage der Todesdefinition und damit zur Hirntodproblematik: Auch wenn die Festlegung des Hirntodes – des Ganzhirntodes, nicht nur des Großhirns – nicht nur aus Gründen der Verfügbarkeit von Spenderorganen für die Transplantationsmedizin erfolgte, so haftet ihr doch der Makel an, dass sich die Hochleistungsmedizin hier ein Todeskriterium geschaffen habe, das zwar kontraintuitiv sei und zudem den Menschen unter Ausblendung der leiblich-körperlichen Dimension auf sein Sein als Vernunftwesen beschränken würde, aber eben die notwendige Voraussetzung für die Explantation von Organen darstelle. Nicht das Wohl und die Würde des Sterbenden, sondern das Interesse der Medizin und der Empfänger*innen ständen im Vordergrund.

Ersichtlich hängt die Kritik mit einer bestimmten Auslegung des Verständnisses des Todes als Zustand vollständiger Passivität zusammen: Denn um Organe erfolgreich entnehmen zu können, ist es notwendig, die Kreislauf-funktion über den Hirntod hinaus aufrecht zu erhalten. Dies geschieht in der Regel über eine künstliche Beatmung, da von dem irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen auch das Atemzentrum im Stammhirn betroffen ist. Ohne maschinelle Intervention treten der Atemstillstand und damit der Herz-Kreislauf-Tod nur kurz nach dem Hirntod ein. Das bedeutet aber, dass der Körper eines Hirntoten nach wie vor Vitalfunktionen zeigt. Er scheint zu atmen, fühlt sich warm

¹ Wittgenstein: Tractatus logico-philosophicus, 6.4311.

an, der Stoffwechsel bleibt noch intakt. Dieser Zustand des Hirntods ist eben nicht ein Zustand vollkommener Passivität – oder doch? Bei näherer Betrachtung zeigt sich nämlich, dass das organisierende Zentrum dieser wahrnehmbaren Vitalfunktionen eben nicht mehr der Körper des Hirntoten ist, sondern das Beatmungsgerät. Der Verlust jeglicher Aktivität im Sinne eines durch die Person selbst angestoßenen Handelns ist bei einem Hirntoten gegeben. Daher lässt sich in der Tat festhalten, dass es sich beim Hirntod um den Tod des Menschen im Sinne eines Verlusts jeder Möglichkeit der aktiven Gestaltung der eigenen Zukunft handelt.

Allerdings, auch das führt zu Irritationen, zeigt der Körper eines Hirntoten auch noch Reaktionen auf Schmerzreize. Hierbei handelt es sich um Reflexe, die ohne steuernden Einfluss des Gehirns zustande kommen. Dennoch bleibt unklar, ob das Bewusstsein einzig im Gehirn angesiedelt ist, dessen Ausfall zweifelsfrei mit der Hirntoddiagnose – einer sehr sicheren, klinischen Diagnostik – festgestellt werden kann. Auch wenn nach dem derzeitig vorherrschenden Modell menschlicher Personalität alles dafürspricht, dass das Bewusstsein über das Gehirn gesteuert wird, bleibt diese Sichtweise abhängig von einer bestimmten Vorstellung vom Menschen. Aus diesem Grund erscheint es auch ethisch geboten, die Bereitschaft zur Organspende und damit auch die eigene Stellung zum Hirntod als deren Voraussetzung an eine explizite Zustimmung des*der Patient*in oder, wo das nicht mehr möglich ist, der unmittelbaren Angehörigen oder Bevollmächtigten zu binden. Nur dann ist auch die Terminologie „Organspende“ sachgerecht, nur dann kann auch dem medizinethischen Leitprinzip des „informed consent“ entsprochen werden, der im Übrigen nicht erst für die Zustimmung zur Organspende gegeben sein muss, sondern auch bereits für die Therapiezieländerung, die für die Vorbereitung eines*einer Patient*in mit infauster Prognose kurz vor dem Hirntod notwendig ist. Denn ein*e potenzielle*r Organspender*in muss in der letzten Phase länger und anders behandelt werden als jemand, der von vornherein nicht als Spender*in zur Verfügung stehen möchte.

Zum assistierten Suizid

Das Selbstbestimmungsrecht und damit die Möglichkeit und das Recht des Einzelnen, sein Leben nach seinen Vorstellungen zu gestalten steht auch im Fokus der Diskussionen um den assistierten Suizid. Beim assistierten Suizid han-

delt es sich um einen besonderen Fall der Sterbehilfe, bei dem nicht, wie im Fall der aktiven oder der passiven Sterbehilfe, der Tod durch das Handeln bzw. Unterlassen anderer Personen, sondern durch die Betroffenen selbst herbeigeführt wird. Damit unterscheidet sich der assistierte Suizid von einer Tötung auf Verlangen, bei der eben nicht die erkrankte Person selbst handelt, sondern jemand anderen handeln lässt. Wie bei der aktiven Sterbehilfe ist die Tötungs-



handlung beim assistierten Suizid jedoch unabhängig von der Erkrankung, d.h. die eingesetzten Mittel sind in jedem Fall todbringend, nicht nur für Erkrankte. Das unterscheidet diese drei Formen – assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen, aktive Sterbehilfe – von der passiven und der indirekten Sterbehilfe. Bei der passiven Sterbehilfe tritt der Tod durch den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme ein; bei der indirekten Sterbehilfe stellt der Tod eine Nebenfolge da, die in Kauf genommen wird, um Krankheitssymptome wie etwa starke Schmerzen erträglich zu machen.

Die unterschiedliche ethische Problematik ist deutlich: Bei der passiven und bei der indirekten Sterbehilfe ist letztlich die Krankheit ausschlaggebend für den Tod, bei der aktiven Sterbehilfe wie beim assistierten Suizid handelt es sich um eine bewusste und intentionale Tötung. So erklärt sich, warum die meisten Ethiker*innen und ebenso die Rechtsordnung die passive und die indirekte Sterbehilfe für moralisch zulässig oder sogar für geboten halten: Es gibt weder eine Pflicht, jede medizinische Behandlung über

Es bleibt unklar, ob das Bewusstsein einzig im Gehirn angesiedelt ist, dessen Ausfall zweifelsfrei mit der Hirntoddiagnose festgestellt werden kann. Deshalb ist es ethisch geboten, die Bereitschaft zur Organspende an eine explizite Zustimmung zu binden.

© sudok1/iStock

sich ergehen zu lassen noch wäre es legitimierbar, jemanden nur um eines abstrakten Lebensschutzes willen unerträgliche Schmerzen leiden zu lassen. Beides ist mit der Freiheit und der Selbstbestimmung sowie der Würde des Menschen unvereinbar. Auch die christlichen Kirchen folgen in ihrer übergroßen Mehrzahl dieser Sichtweise. Nur in ganz wenigen Kreisen ist eine Position vertreten worden, die den Behandlungsabbruch im Falle einer unheilbaren Krankheit als moralisch verwerflich ansieht.

Diese Position resultiert daraus, dass das Zulassen des Unvermeidlichen, nämlich das Zulassen des Todes angesichts einer unheilbaren Krankheit – bis hin zum Grenzfall des freiwilligen Verzichts auf Flüssigkeit und Nahrung² –, moralisch anders zu bewerten ist als das gezielte Herbeiführen des Todes. Dabei ist ganz selbstverständlich, dass dieses gezielte Töten dann moralisch und rechtlich untersagt ist, wenn es gegen den Willen des zu Tötenden geschieht. Alle Kulturen und Rechtsordnungen sanktionieren ein solches Handeln, nur in Situationen der Notwehr oder in wenigen eng umgrenzten Ausnahmefällen staatlichen Handelns, etwa im Verteidigungsfall, ist ein solches Töten als grundsätzlich legitimierbar angesehen worden.

Wie aber ist es beim Fall des Suizids und des assistierten Suizids? Im Blick auf den Selbstmord ist die christliche Tradition schwankend gewesen: Die Schrift erwähnt sechs Selbstmorde, von denen fünf im Alten Testament und nur einer, der des Judas, im Neuen Testament berichtet werden. Eine eindeutige Bewertung des Suizids in der Bibel fehlt. Sie wird erst von Augustin geliefert, der, wohl in Abgrenzung gegenüber der Martyriumssehnsucht in der Alten Kirche, in Anschluss an Platon, betont, dass der Mensch nicht Herr über sein Leben sei. Thomas von Aquin ergänzt dies, indem er darauf verweist, dass der Selbsterhaltungstrieb, der dem Menschen als Lebewesen innewohne, auch eine Pflicht zum Selbsterhalt begründe. Erst mit der Aufklärung wandelt sich das Bild. Selbstmord gilt nun als Ausdruck menschlicher Selbstbestimmung. Kant war zwar der Auffassung, eine solche Position sei selbstwidersprüchlich, weil die Selbstbestimmung zugleich ihre Voraussetzung, nämlich das eigene Leben, negiere. Dennoch setzt sich mehrheitlich eine Auffassung durch, die den Suizid als Ausdruck der Autonomie versteht. Gegen eine solche Absolutsetzung der Autonomie wendeten sich insbesondere Karl Barth und Dietrich Bonhoeffer: „Gott



Die
Anerkennung
der eigenen
Endlichkeit,
aber auch der
Gestaltbarkeit
des eigenen
Lebens, das
Bewusstsein
um die
selbstbestimmte
Freiheit, die
nur in der
Gemeinschaft
möglich ist,
sowie die
Ermöglichung
von Zukunft
bestimmen eine
Ethik, die von
dem Dreiklang
von Schöpfung,
Versöhnung
und Erlösung
bestimmt ist.



tritt für das Recht auf Leben auch gegen den seines Lebens überdrüssig Gewordenen ein“.³ Allerdings relativiert Bonhoeffer sogleich: „Eine Absolutsetzung des Verbotes der Selbsttötung gegenüber der Freiheit des Lebensopfers läßt sich [...] schwerlich begründen.“⁴ Die deutsche Rechtsordnung folgt diesem Mittelweg insofern, als sie den Suizid straffrei stellt, gleichzeitig aber das Gemeinwesen zur Suizidprävention verpflichtet. So wird die Selbstbestimmung des Einzelnen anerkannt, auch wenn sie sich gegen sein Leben richtet. Diese Anerkennung entbindet aber nicht davon, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Suizidwilligen Perspektiven zum Weiterleben ermöglichen. Die Palliativversorgung in der Medizin, aber auch die Krisenintervention und -prophylaxe bei depressiven Störungen sind hier zu nennen.

In der Debatte um den assistierten Suizid sind beide Perspektiven nun miteinander in Konflikt geraten: Allgemein anerkannt ist, dass das Selbstbestimmungsrecht auch auf Unterstützung angewiesen sein kann – die soziale Grundversicherung ist das beste Beispiel dafür. Gleichzeitig aber verpflichtet die Suizidprophylaxe dazu, keine Praktiken zu dulden, die den Schutz des Lebens gefährden. Insbesondere im Umfeld der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu dem in § 217 StGB geregelten Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe⁵ ist von den Befürwortern dieser Regelung hervorgehoben worden, dass das Leben ein auch unabhängig von der persönlichen Entscheidung eines Sterbewilligen zu schützendes Gut darstelle. In dieser Richtung hat auch die EKD in ihrer Schrift „Wenn Menschen sterben wollen“⁶ aus dem Jahr 2008 sowie deutlicher noch bereits zuvor in dem Beitrag „Sterben hat seine Zeit“⁷ argumentiert. Der Gedanke, der dabei im Vordergrund steht, ist von der Überzeugung getragen, dass das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen stets neben dem Bewusstsein zu stehen kommen muss, dass Christ*innen das Leben als von Gott empfangen glauben und so ihren Lebensweg als Geschick begreifen. Lebensführung in christlicher Perspektive ist daher stets durch ein aktives und ein passives Element bestimmt: Sie umfasst das Wissen darum, dass das Leben geführt werden muss wie gleichermaßen auch das Vertrauen, dass der Einzelne dabei von

³ Bonhoeffer: Ethik, 196.

⁴ Ebd., 197.

⁵ www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (24.4.2020)

⁶ EKD: Wenn Menschen sterben.

⁷ EKD: Sterben hat seine Zeit.

² S. dazu jetzt ausführlich: Mirjam und Ruben Zimmermann: Lebenssatt!



Gott geführt wird.⁸ Das bedeutet konkret, einen Mittelweg zu finden zwischen der Freiheit, das eigene Leben selbstbestimmt zu gestalten, und dem Wissen darum, dass diese Freiheit immer begrenzt ist durch die Kontexte und Beziehungen, eben auch durch die Gottesbeziehung, in denen wir als Geschöpfe stehen.⁹

Zieht man nun an dieser Stelle noch einmal die eingangs zitierte Bestimmung Wittgensteins heran, so zeigen sich präziser die Herausforderungen für einen solchen Mittelweg. Denn es muss darum gehen, individuelles menschliches Leben nicht in die Passivität gegenüber dem Schutz eines abstrakten All-Lebens abzudrängen, ohne zu leugnen, dass eine zu große Normalität im Umgang mit der Selbsttötung in der Gefahr steht, die Suizidprophylaxe und damit letztlich auch die Selbstbestimmung am Ende des Lebens zu gefährden. Denn das hat das Verfassungsgericht durchaus präzise festgestellt: Eine zu große Normalisierung des assistierten Suizids könnte das gesellschaftliche Klima gegenüber Notleidenden und Sterbenden so verändern, dass diese sich mit der diffusen Erwartung konfrontiert sehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Dieser Verschiebung durch Normalisierung gilt es entgegenzutreten – aber gleich-

zeitig gilt: Nur diese Argumentation ist auch legitim, gerade auch aus christlicher Perspektive. Die Vorstellung einer abstrakten „Heiligkeit des Lebens“ ist der biblischen Überlieferung und dem Christentum fremd. Heiligkeit ist ein Gottesprädikat, kein Prädikat des Irdischen. Formulierungen, die darauf zielen, dass es den Tod als Geschick abzuwarten gelte, machen einen zentralen argumentativen und theologischen Fehler: Zum menschlichen Leben gehört seine in der Geschöpflichkeit gegebene Aktivität. Leben bedeutet aktiv sein, die Zukunft gestalten zu können. Passivität ist gleichbedeutend mit dem Tod – und diese Passivität darf nicht bereits vor dem eigentlichen Tod in das Leben ausstrahlen. Aus diesem Gedanken lässt sich zudem noch ein Anhaltspunkt für die Frage gewinnen, wann Menschen selbst das Ende ihres Lebens gekommen sehen: dann nämlich, wenn sich aus eigener Aktivität keine Zukunft mehr gestalten lässt.

Zukünftigkeit und Hoffnung als letzte Bezugspunkte einer christlichen Ethik am Ende des Lebens

Ein letzter Gedanke: Aus christlicher Sicht bedeuten dieser Verlust individueller Zukünftigkeit und der Zustand vollkommener Passivität den-

„Bei der passiven und bei der indirekten Sterbehilfe ist letztlich die Krankheit ausschlaggebend für den Tod, beim assistierten Suizid handelt es sich um eine bewusste und intentionale Tötung. [...] Das Zulassen des Unvermeidlichen ist moralisch anders zu bewerten als das gezielte Herbeiführen des Todes.“
© Werner Krüper/
epd-bild/
gemeindebrief.de

⁸ Für diese doppelte Bestimmung ist klassisch Trutz Rendorff: Ethik.

⁹ Vgl. insbes. EKD: Sterben hat seine Zeit, 12.

noch nicht das Ende aller Individualität: Der Auferstehungsglaube zielt auf eine Zukünftigkeit, deren Aktivität nicht durch das vergängliche Handeln des Menschen, sondern allein durch die Aktivität Gottes hergestellt wird. Diese Zukunft ist nicht die Verlängerung der Gegenwart; sie ist eine Hoffnung auf eine Zeit, die niemals enden wird, die keine Vergangenheit und damit auch keine Zukunft kennt: Ewigkeit.

Die Anerkennung der eigenen Endlichkeit, aber auch der Gestaltbarkeit des eigenen Lebens, das Bewusstsein um die selbstbestimmte Freiheit, die nur in der Gemeinschaft möglich ist, sowie die Ermöglichung von Zukunft bestimmen eine Ethik, die von dem Dreiklang von Schöpfung, Versöhnung und Erlösung bestimmt ist. Ein selbstbestimmtes, aber endliches Leben, dessen Selbstbestimmung auch den eigenen Tod einschließen kann, bei dem aber die Realisierung der Selbstbestimmung immer auch das Leben in der Gemeinschaft und damit das Leben des Nächsten im Blick haben muss, sowie ein auf die Zukunft und damit auf Entwicklung ausgerichtetes Leben, dessen Hoffnung über den Tod hinausreicht, ergeben sich aus diesem Glauben an den dreieinigen Gott. ◆



DR. REINER ANSELM ist Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Evangelisch-theologischen Fakultät der Universität München und Vorsitzender der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD.

HEINER WEDEMEYER

Kann Medizin immer gerecht sein? Wer entscheidet?

Im Rahmen der aktuellen COVID-19 Krise, die unser Gesundheitssystem in einem bisher nicht bekannten Ausmaß belastet, hat der Deutsche Ethikrat am 27. März 2020 Empfehlungen zur Bewältigung der Pandemie vorgelegt¹. Neben den Ratschlägen, die Ka-

¹ www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-coronakrise.pdf.

Literatur

Bonhoeffer, Dietrich: Ethik (=DBW 6), München 1992

Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16 – Rn. (1 – 343), www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html (24.4.2020)

Evangelische Kirche in Deutschland (Hg.): Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (= EKD-Texte 97), Hannover 2008, www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/ekd_texte_97.pdf (24.4.2020)

Evangelische Kirche in Deutschland (Hg.): Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland (= EKD-Texte 80), Hannover 2005, www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/ekd_texte_80.pdf (24.4.2020)

Rendtorff, Trutz: Ethik. Grundelemente, Methodologie und Konkretionen einer ethischen Theologie, Tübingen 32012

Wittgenstein, Ludwig: Tractatus logico-philosophicus.

Zimmermann, Mirjam und Ruben: Lebenssatt! Theologisch-ethische Überlegungen zum ‚Sterbefasten‘/Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 64 (2020), 37-52

pazitäten des Gesundheitssystems soweit wie möglich aufzustocken, stellt der Rat aber auch klar, dass es aktuell von großer Bedeutung ist, Politik und Gesellschaft dafür zu sensibilisieren, mögliche Konfliktszenarien auch als normative Probleme zu verstehen. Der Ethikrat fordert, dass Ärzt*innen so weit wie möglich bei kritischen Entscheidungen entlastet werden sollten. Die Verantwortung, in „Situationen katastrophaler Knappheit medizinischer Ressourcen über Le-



ben und Tod zu entscheiden“, sollte nicht allein einzelnen Ärzt*innen aufgebürdet werden. Es stellt sich somit die Frage, nach welchen Kriterien ein Patient auf Intensivstation aufgenommen und künstlich beatmet wird, während andere Patienten abgewiesen werden müssen. Welches Leben ist mehr wert? Gibt es akzeptierte und allgemein angewandte „gerechte“ Algorithmen, an denen sich Krankenhäuser ausrichten können? Dass diese Szenarien nicht nur theoretischer Natur sind, mussten Kolleg*innen in anderen europäischen Ländern im letzten Monat leider erleben, als in einigen Städten Intensivkapazitäten erschöpft waren und viele Patienten ohne ausreichende Behandlung verstarben.²

Die aktuelle Situation stellt sicherlich ein Extrembeispiel dar, in dem Ärzt*innen schwerwiegende Entscheidungen zu treffen haben. Allerdings müssen sich Ärzt*innen im täglichen Handeln immer wieder Konflikten stellen, die grundsätzliche Gerechtigkeitsfragen im Medizinsystem betreffen. Dabei ist selbstverständlich die Gesamtsituation der Patienten primär entscheidend, die gemeinsam mit Angehörigen bewertet wird. Es spielen aber auch häufig ökonomische, juristische und zwischenmenschliche Aspekte eine Rolle. Ich möchte hier an drei Beispielen aufzeigen, welche Konfliktsituationen sich in der Behandlung von Patienten auf-tun können, die auch Fragen der Gerechtigkeit in unserem Medizinsystem betreffen. Die Beispiele beschreiben keine realen Patienten; sie sind aber an konkrete Situationen angelehnt, die ich alltäglich erlebe.

Erster Fall:

Ein 56-jähriger Patient wird aufgrund eines Leberzellkrebses behandelt. Der Patient hat über viele Jahre eine chronische Lebererkrankung auf dem Boden einer Virusinfektion der Leber entwickelt. Diese Infektion hat er vor mehr als 30 Jahren im Rahmen einer Bluttransfusion nach einem Verkehrsunfall erworben. Ohne Therapie wird der Patient an dem Karzinom mit hoher Wahrscheinlichkeit versterben. Die Behandlungsmöglichkeiten für einen Leberzellkrebs sind vielfältig und beinhalten sowohl chirurgische Verfahren als auch medikamentöse Therapien oder andere interventionelle Maßnahmen, wie zum Beispiel Verödungen des Krebses mittels Hitze-abgebender Nadeln oder lokale Verabreichungen von gezielten Chemotherapien in der Leber.³ Eine sehr gute Behandlungsoption und in vielen Fällen die beste Therapie ist jedoch eine Lebertransplantation. Damit würde zudem nicht nur der Leberkrebs geheilt werden, sondern auch die in ihrer Funktion eingeschränkte Leber ausgetauscht werden mit der Option des Überlebens für Jahrzehnte mit guter Lebensqualität. Die Regeln für die Vergabe von Spenderorganen sind sehr genau im Transplantationsgesetz festgelegt.⁴ Hier sind Standards basierend auf klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt worden, um eine möglichst gerechte Vergabe von Organen zu gewährleisten. Es ist in diesem Zusammenhang noch einmal zu betonen, dass seit vielen Jah-

„Die Regeln für die Vergabe von Spenderorganen sind sehr genau im Transplantationsgesetz festgelegt. Hier sind Standards basierend auf klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt worden, um eine möglichst gerechte Vergabe von Organen zu gewährleisten.“

© Johannes Rey/DSO

² www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-veroeffentlicht.

³ Leyh C, Wedemeyer H: Das Hepatozelluläre Karzinom. Onkologie Heute 11/2019: 51-58 https://cme.mgo-fachverlage.de/uploads/exam/exam_323.pdf.

⁴ www.bundesärztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin/richtlinien-fuer-die-wartelistenfuehrung-und-die-organvermittlung.



Magersucht: Ist es gerecht, wenn von vornherein scheinbar hoffnungslose Fälle Kapazitäten blockieren, wenn im gleichen Zeitraum mehrere andere Patienten mit schwererwiegenden Erkrankungen hätten behandelt werden können?
© photosforu / Pixabay

ren in Deutschland wesentlich mehr Patienten eine Lebertransplantation benötigen als Spenderorgane zur Verfügung stehen.⁵ Für die Behandlung von Leberzellkrebsen können Patienten mit besonderer Dringlichkeit (Vergabe von „Sonderpunkten“) auf einer Transplantationswarteliste gemeldet werden, wenn ein einzelner Leberkrebsherd eine bestimmte Größe aufweist und z. B. nicht größer als fünf Zentimeter ist oder nicht mehr als drei Herde in der Leber nachzuweisen sind, die jeweils nicht größer als drei Zentimeter sein dürfen. Nur wenn diese Kriterien erfüllt sind, erhält der Patient die Sonderpunkte und hat damit eine höhere Chance, ein Spenderorgan zu erhalten. Bei dem hier besprochenen Patienten wird aktuell jedoch ein einzelner Leberkrebsherd gefunden, der in der Kernspintomographie eine Größe von 5,3 Zentimetern hat. Damit qualifiziert sich dieser Patient nicht für die Sonderpunkte und kann nicht von der prinzipiell sehr guten Therapie der Lebertransplantation profitieren. Daten, die vor mehr als 20 Jahren in Italien erhoben wurden, haben zu der Grenze von fünf Zentimetern geführt, da bei größeren Herden ein leicht erhöhtes Risiko gefunden wurde, dass sich nach einer Lebertransplantation ein Rezidiv des Krebses

einstellt.⁶ Dennoch haben andere Studien eindeutig gezeigt, dass auch im Falle von 5,3 Zentimetern Größe eines Herdes die Lebertransplantation eine bessere Therapie ist als die anderen derzeitigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Für unseren Patienten ist das enttäuschend: Die beste lebensverlängernde Therapie wäre eine Transplantation; diese kann dem Patienten aus formalen (gesetzlichen) Gründen aber nicht angeboten werden. Der Patient stellt den behandelnden Ärzten die Frage, warum ihm ein Organ als bestmögliche Therapieoption vorenthalten wird. Wäre dieses Organ für ihn möglicherweise nicht besser verwendet als für einen anderen Patienten, der vielleicht schlechtere Chancen hätte, langfristig von einer Lebertransplantation zu profitieren?

Zweiter Fall:

Eine junge Patientin mit einer schweren Magersucht soll auf eine sogenannte Intermediate-Care (IMC)-Station zur Überwachung aufgenommen werden, da sie im Rahmen der ausgeprägten Essstörungen mit Fehlernährung und Erbrechen massive Veränderungen der Blutelektrolyte entwickelt hat. Diese Veränderungen der Blutsalze sind akut lebensgefährlich. Es kann hier zum Beispiel zu Herzrhythmusstörungen kommen, an der die Patientin unmittelbar versterben könnte.⁷ Der Krankheitsverlauf war in den letzten zwei bis drei Jahren schwerwiegend und für alle Beteiligten inklusive Ärzt*innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen – aber natürlich vor allem für die Angehörigen – sehr belastend. Die Patientin musste zwischenzeitlich zwangsernährt werden, hat übergangsweise unterstützende Therapien akzeptiert, mehrfach aber

⁶ [Diagnosis of and therapy for hepatocellular carcinoma]. Greten TF, Malek NP, Schmidt S, Arends J, Bartenstein P, Bechstein W, Bernatik T, Bitzer M, Chavan A, Dollinger M, Domagk D, Drogitz O, Dux M, Farkas S, Folprecht G, Galle P, Geißler M, Gerken G, Habermehl D, Helmberger T, Herfarth K, Hoffmann RT, Holtmann M, Huppert P, Jakobs T, Keller M, Klempnauer J, Kolligs F, Körber J, Lang H, Lehner F, Lordick F, Lubienski A, Manns MP, Mahnken A, Möhler M, Mönch C, Neuhaus P, Niederau C, Ocker M, Otto G, Pereira P, Pott G, Riemer J, Ringe K, Ritterbusch U, Rummeny E, Schirmacher P, Schlitt HJ, Schlottmann K, Schmitz V, Schuler A, Schulze-Bergkamen H, von Schweinitz D, Seehofer D, Sitter H, Straßburg CP, Stroszczyński C, Strobel D, Tannapfel A, Trojan J, van Thiel I, Vogel A, Wacker F, Wedemeyer H, Wege H, Weinmann A, Wittekind C, Wörmann B, Zech CJ. Z Gastroenterol. 2013 Nov;51(11):1269-326.

⁷ www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Esstörung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.

⁵ <https://dso.de>.

auch den Wunsch geäußert, keine weiteren intensiven Behandlungsmaßnahmen zu erhalten. Im ärztlichen Team gibt es intensive Diskussionen, ob diese Patientin stationär übernommen werden sollte. Allen Beteiligten ist klar, dass im Falle eines Behandlungsbeginns die Patientin über einen längeren Zeitraum ein Bett auf der viel nachgefragten und immer voll belegten Station beanspruchen würde. Damit müssten andere Patient*innen mit schwerwiegenden Erkrankungen abgelehnt und eventuell an andere, weniger spezialisierte Krankenhäuser verwiesen werden. Letztlich wird die Patientin aufgenommen. Nach dreieinhalb Wochen Behandlung kann sie auf die Normalstation verlegt werden. Einen weiteren Monat später jedoch, eine Woche nach Entlassung, kommt es zu einer erneuten akuten Verschlechterung der Situation und die Patientin verstirbt. Im ärztlichen Team wird der Fall im Rahmen einer sogenannten M&M (Morbidität und Mortalität)-Konferenz später besprochen. Grundsätzlich werden die Strategien und Kriterien, ob eine Patient auf die IMC Station übernommen wird, noch einmal ausführlich diskutiert. Einige Kolleg*innen merken an, ob es wirklich gerecht gewesen sei, diesen von vornherein scheinbar „hoffnungslosen“ Fall zur Aufnahme zu akzeptieren. Im gleichen Zeitraum hätten mindestens fünf andere Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen behandelt werden können. Möglicherweise hätte einigen von Ihnen auf der IMC das Leben gerettet werden können, was durch die eingeschränkten Möglichkeiten in anderen Häusern nicht notwendigerweise der Fall war.

Dritter Fall:

Eine 86-jährige Patientin mit einer Autoimmunerkrankung, die zu einem Abfall von Blutplättchen führt, wird seit mehreren Jahren mit verschiedenen immununterdrückenden Behandlungen, wie zum Beispiel Kortison-Gaben, mehr oder weniger erfolgreich therapiert. Unter diesen klassischen Behandlungen hat sie zahlreiche Nebenwirkungen entwickelt. Dazu gehörte unter anderem eine schwere Verschlechterung einer Zuckerkrankheit mit zahlreichen Komplikationen. Ein unkontrollierter



Abfall von Blutplättchen kann zu lebensgefährlichen Blutungen führen.⁸ Die Patientin leidet zudem an mehreren anderen Erkrankungen, ist nur sehr eingeschränkt mobil und hat ständig mehr oder weniger ausgeprägte Schmerzen. Sie ist ansonsten aber geistig rege, nimmt mittels Telefon am öffentlichen Leben teil und wird sehr gut durch ihre Familie unterstützt. Die Blutplättchen fallen im Verlauf immer wieder stark ab. Eine alternative Behandlung wäre eine Stimulation von Zellen, die zu einer vermehrten Bildung von Blutplättchen führen. Diese Behandlung ist sehr gut verträglich und hochwirksam. Je nachdem, welche Dosis des Medikamentes eingesetzt wird, ist die Therapie aber sehr teuer mit jährlichen Kosten zwischen 30.000 Euro und 100.000 Euro. In einer Diskussionsrunde, in der die Behandlungsmöglichkeiten für diese Patientin erwogen werden, stellt ein junger Medizinstudent die Frage, ob sich eine Gesellschaft solch teure Therapien leisten kann, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Lebensqualität dieser 86-jährigen Patientin ohnehin schon stark eingeschränkt sei. Sollten diese Mittel nicht besser verwendet werden für andere Patienten, zum Beispiel für junge Menschen mit Krebs, die durch eine Therapie noch ein langes Leben mit guter Lebensqualität führen könnten?

⁸ Matzdorff et al., www.karger.com/Article/Pdf/486384.

Um zu verhindern, dass Krankenhäuser überlastet und nicht alle Covid-19-Erkrankten behandelt werden können, wurde mit Unterstützung der Bundeswehr Anfang April 2020 auf dem Messegelände Hannover ein Behelfskrankenhaus eingerichtet.
© Peter Steffen/dpa

Fazit

Die sind nur drei beispielhafte Fälle von vielen Situationen im täglichen ärztlichen Handeln, die Kompromisse erfordern vor dem Hintergrund begrenzter personeller, räumlicher oder finanzieller Ressourcen im Medizinsystem. Mit fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten und vor dem Hintergrund neuer Erkrankungen, wie zum Beispiel der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie, muss sich unsere Gesellschaft der Diskussion stellen, nach welchen Kriterien welche Patienten behandelt werden sollen. Es wird allgemein erwartet und vorausgesetzt, dass diese Entscheidungen „gerecht“ sind. Ärzt*innen müssen dabei fachlich die Dringlichkeit von Therapien nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beurteilen. Sie werden darin bei vielen Erkrankungen unterstützt durch Leitlinien, die von Fachgesellschaften nach einheitlichen Standards entwickelt und in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. In Deutschland ist das System der Leitlinien auf höchstem Niveau in den letzten 20 Jahren standardisiert und optimiert worden.⁹ Vielfach sind verschiedene Fachgesellschaften und Interessensgruppen eingebunden. Im Fall des Leberzellkrebss (Fall 1) sind dies zum Beispiel die zuständigen internistischen und chirurgischen Fachgesellschaften, aber auch diagnostische Fächer (Radiologie, Pathologie) und Patientenorganisationen. Die Kriterien hochwertiger Leitlinien sind mittlerweile in vielem normativ. Halten sich Ärzt*innen nicht an Leitlinien, so gehen sie ein hohes individuelles Risiko ein, da im Fall von unerwünschten Verläufen gegen sie Schadensansprüche geltend gemacht werden können. Im Falle der Organtransplantation müssen sie sogar ein Gesetz befolgen.

In der Einschätzung einzelner Patienten gibt es natürlich immer wieder auch unterschiedliche Meinungen. Die Aufgabe der Ärzt*innen, insbesondere in der universitären Medizin, ist es, Leitlinien und Regeln zu hinterfragen und die Evidenz für Behandlungspfade zu verbessern. Im ersten Fall bedeutet das, die Grenze von fünf Zentimetern für die Vergabe von Sonderpunkten auf der Lebertransplantationswarteliste zu bewerten. Es gibt gute Gründe, andere Kriterien anzuwenden.¹⁰ Dementsprechend wird in Deutschland derzeit eine Studie durchgeführt,

„
Ärzt*innen darf
nicht allein die
Entscheidung
über Leben und
Tod aufgebürdet
werden, wenn
personelle,
finanzielle oder
strukturelle
Ressourcen nicht
ausreichend
sind. Die
Gesellschaft
sollte sich zu
einer Mit-
verantwortung
bewusst
bekennen.“

an der sich die Mehrzahl der Lebertransplantationszentren in Deutschland beteiligt. Hierbei werden Patienten auch mit größeren Tumoren für eine Transplantation gelistet.¹¹ Ziel ist es herauszufinden, ob bei ausgewählten Patienten die Rate an Rezidiven des Leberzellkrebss nach Transplantation bei grenzwertig größeren Tumoren wirklich erhöht ist – und wenn ja, in welchem Ausmaß. Wenn diese Studie abgeschlossen ist, könnte möglicherweise auch ein Patient, der dem ersten Fall vergleichbar ist, von einer Lebertransplantation profitieren.

Im ersten Fall ist die limitierende Ressource der Mangel an Spenderorganen. Sollten mehr Menschen Organe spenden, so könnten andere Kriterien angewendet werden und der Patient hätte möglicherweise ein Organ und damit die bestmögliche Therapie erhalten. Im zweiten Fall stellt die Verfügbarkeit von Überwachungsbetten auf der IMC-Station die Begrenzung dar. Hier müssen Ärzt*innen abwägen, nach welcher Dringlichkeit Patienten auf diese Überwachungsstationen aufgenommen werden. Diese Entscheidung würde erleichtert, wenn entsprechende Stationen ausgebaut würden. Auch wenn im Rahmen der COVID-19-Erkrankungen jetzt akut Intensivbetten-Kapazitäten in Deutschland ausgebaut wurden, so muss man feststellen, dass u.a. Deutschland weltweit die meisten Überwachungsbetten in Krankenhäusern pro Einwohner hat. Dies ist kaum dauerhaft zu steigern. Ein gesellschaftlicher und politischer Konsens, der Ärzt*innen und Angehörige bei der Entscheidung unterstützt, welche Patienten intensivmedizinische Überwachung und Therapien erhalten, ist mehr denn je wünschenswert. Die aktuelle COVID-19-Diskussion sollte und muss entsprechend genutzt werden. Es ist durchaus zu erwarten, dass in den nächsten Monaten weitere COVID-19-Wellen auftreten, die erneut zu Engpässen führen. Dann könnte zum Beispiel ein COVID-19-Patient mit der Essstörungs-Patientin aus Fall 2 um ein IMC-Bett konkurrieren. Welches Leben ist dann „mehr wert“?

Dies führt zur Bewertung des dritten Falles, bei dem es um die Zuteilung von finanziellen Mitteln zur Behandlung von Patienten geht. In den letzten 15 Jahren hat es in vielen Bereichen der Medizin großartige Verbesserungen von Therapieoptionen gegeben: Einige Karzinome können mittlerweile mit neuen Immuntherapien kontrolliert oder gar geheilt werden; viele Virusinfektionen wie HIV werden mit direkt-antiviralen Medikamenten behandelt, was

⁹ www.awmf.org/leitlinien.html.

¹⁰ EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. J Hepatol. 2018 Jul; 69 (1): 182-236.

¹¹ https://lebertransplantation.eu/fileadmin/Dokumente/Lebenslinien/LD_Lebenslinien_2-2018.pdf.

zu einer Normalisierung der Lebenserwartung führt; Hepatitis C-Patienten können sogar komplett von der Infektion geheilt werden; Patienten mit chronischen Entzündungsreaktionen wie Rheuma, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder Multipler Sklerose profitieren von komplett neuen Ansätzen, die Entzündungen in Schach zu halten; seltene, angeborene Erkrankungen können mit Gentherapien geheilt werden; mit verschiedenen neuen Medikamenten können Diabetes, erhöhte Blutfette oder Herzinsuffizienz mittlerweile hervorragend behandelt werden – und vieles mehr. Wir alle können in Zukunft von diesen neuen Entwicklungen profitieren, weil extrem hohe Standards bei der Entwicklung und Zulassung dieser Therapien eingehalten werden – diese Standards haben aber auch ihren Preis. Können wir uns in Zukunft also immer alle neuen Therapien leisten? Die Preisgestaltung neuer Therapien ist in Deutschland seit ca. zehn Jahren in einem Verfahren geregelt, das nach einer ausführlichen Nutzenbewertung durch ein unabhängiges Institut¹² und durch eine abschließende Bewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss in einigen Fällen dazu führte, dass pharmazeutische Hersteller ein zugelassenes Medikament nicht in Deutschland eingeführt haben, weil der festgelegte Preis aus Sicht des Unternehmens nicht wirtschaftlich war. Die Patientin in Fall Nr. 3 bekommt die Substanz zur Stimulierung der Blutplättchenbildung von ihrem Facharzt unter Einhaltung des Zulassungstextes verschrieben. Würde der verschreibende Arzt sich nicht an Zulassung und Leitlinien halten, würde er persönlich von der Kassenärztlichen Vereinigung haftbar gemacht und mit einem Regress zur Erstattung der kompletten Behandlungskosten aus seinem Privatvermögen bedroht werden können. Während also Regeln und Verfahren im Abrechnungssystem und in der Preisgestaltung von Therapien etabliert und weiterentwickelt werden, findet bisher kaum eine Diskussion zu der Frage statt, die der Medizinstudent im dritten Fall gestellt hat. Sollen wir uns extrem teure Therapien immer für alle Patienten leisten? Wer entscheidet, ob eine 86-jährige Patientin weiter die sehr teure Therapie erhalten soll? In diesem Zusammenhang muss auch das Vergütungssystem für stationäre Leistungen grundsätzlich überdacht werden, das zu ethisch fragwürdigen Steuerungsanreizen führt. So „lohnt“ sich für Krankenhäuser die Behandlung von Patienten mit Herzinfarkten, während die von Patienten mit Bauchspeichel-

drüsenentzündungen in der Regel zu Verlusten führt. Ist das gerecht?

Wir haben in Deutschland eines der besten Medizinsysteme weltweit. Die Standards sind außergewöhnlich hoch. Das Vertrauen in Ärzt*innen und die Behandlung in Praxen und Krankenhäusern ist absolut gerechtfertigt. Damit dies auch in Zukunft so bleibt, muss die aktuelle Situation der COVID-19-Krise unbedingt dafür genutzt werden, die vom Deutschen Ethikrat angestoßene Diskussion offen und kritisch in der breiten Öffentlichkeit zu führen. Ärzt*innen darf nicht allein die Entscheidung über Leben und Tod aufgebürdet werden, wenn personelle, finanzielle oder strukturelle Ressourcen nicht ausreichend sind. Dies betrifft aber nicht nur zukünftige mögliche Extremsituationen, sondern bereits jetzt häufige Routinesituationen im medizinischen Alltag. Die Gesellschaft sollte sich zu einer Mitverantwortung bewusst bekennen. ◆

Literatur

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. European Association for the Study of the Liver; European Association for the Study of the Liver. *J Hepatol.* 2018 Jul; 69 (1), 182-236

Greten, Tim F u.a.: Diagnosis of and therapy for hepatocellular carcinoma. *Z Gastroenterol.* 2013 Nov. 51(11), 1269-326

Leyh, Catherine / Wedemeyer, Heiner: Das Hepatozelluläre Karzinom. *Onkologie Heute* (11) 2019, 51-58 https://cme.mgo-fachverlage.de/uploads/exam/exam_323.pdf

Matzdorff, Axel u.a.: Immunthrombozytopenie – aktuelle Diagnostik und Therapie: Empfehlungen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der DGHO, ÖGHO, SGH, GPOH und DGTI. www.karger.com/Article/Pdf/486384

<https://dso.de>

https://lebertransplantation.eu/fileadmin/Dokumente/Lebenslinien/LD_Lebenslinien_2-2018.pdf

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026L_S3_Esstoeuerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

www.awmf.org/leitlinien.html

www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin/richtlinien-fuer-die-wartelistenfuhrung-und-die-organvermittlung

www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-resourcen-veroeffentlicht

www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf

www.iqwig.de



DR. HEINER WEDEMEYER

ist Professor für Innere Medizin und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

¹² www.iqwig.de.

MARCEL MERTZ

Wie ist der Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Medizin zu bewerten?

Eine kurze medizinethische Betrachtung

Computer sind aus unserem heutigen Alltag kaum noch wegzudenken, weder in der Freizeit noch vor allem im Berufsleben. Auch gerade in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen spielen Computer und computerbasierte Gesundheitstechnologien längst eine beachtliche Rolle. Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch *Künstliche Intelligenz* (KI) in der Medizin eingesetzt wird – oder zunehmend eingesetzt werden soll.

Wie aber ist der Einsatz einer solchen Technologie zu bewerten? Die ELSI-Forschung¹, die (neue) Gesundheitstechnologien auf ihre ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen hin prüft, neigt nicht selten zu einer zusammenfassenden Aussage, dass eine Gesundheitstechnologie zwar *große Chancen*, aber eben auch *bedenkenswerte Risiken* mit sich bringen wird. Dies trifft auch auf KI zu.

Doch soll es im Folgenden nicht bei einer solchen allgemeinen Aussage bleiben. Vielmehr sollen beispielhaft ethische Aspekte von KI in der Medizin dargestellt werden. Zuerst muss aber genauer bestimmt werden, was „KI“ ist und wofür sie in der Medizin eingesetzt werden kann.

Künstliche Intelligenz in der Medizin

Was ist Künstliche Intelligenz?

„Intelligenz“ zu definieren erweist sich allgemein als schwierig. Die Verbindung mit „künstlich“ erleichtert eine Definition keineswegs, da neben eher technische auch philosophische Fragen treten. Eine Gemeinsamkeit lässt sich aber in verschiedenen Definitionsversuchen ausmachen: KI „[...] ist der Versuch, ein System zu entwickeln, das eigenständig komplexe Probleme bearbeiten kann“.²

Dabei soll es hier ausschließlich um „schwache KI“ gehen, d.h. um ein Hard-Softwaresystem, das nur ganz *spezifische* Probleme intelligent lösen kann und nicht (wie der Mensch) *allgemein* Probleme („starke KI“).³ Eine solche KI erlernt das spezifische Problemlösen z.B. über maschinelles Lernen, bei dem – im Gegensatz zu einem statischen Programm – „Entscheidungsregeln über eine Rückkoppelung an das Erlernte“ angepasst werden können, oder über tiefes Lernen anhand künstlicher neuronaler Netze (Netzstrukturen, die Nervenzellen nachbilden).⁴

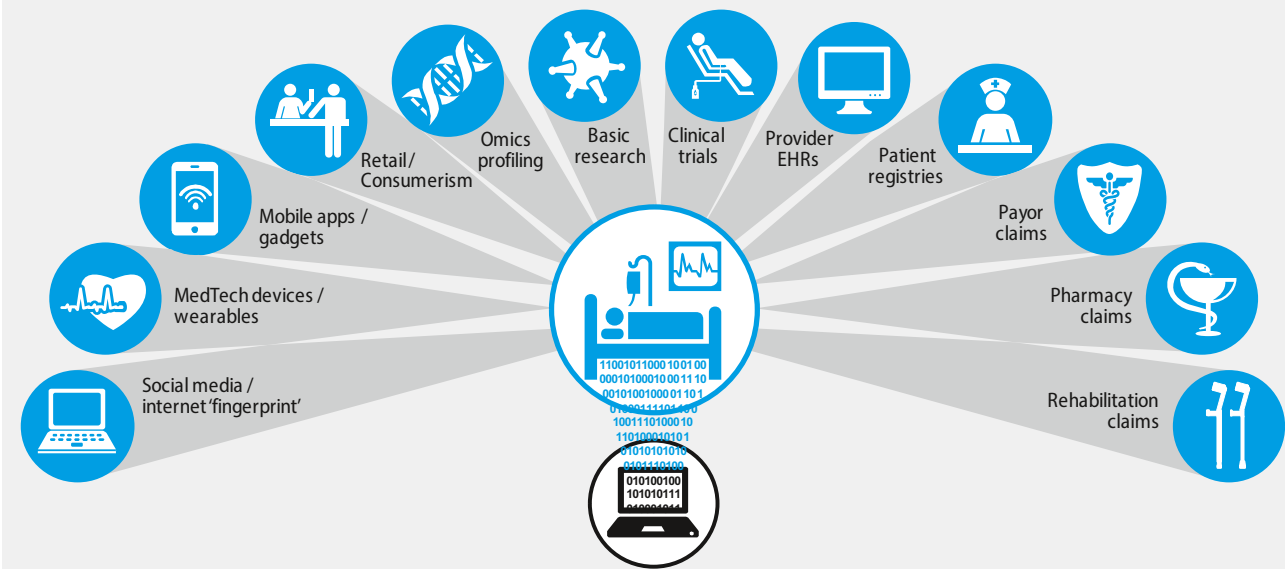
¹ ELSI = Ethical, Legal and Social Issues

² Kirste/Schürholz: Entwicklungswege zur KI, 21.

³ Ebd., 21.

⁴ Ebd., 24. 29.

EINSATZBEREICHE KÜNSTLICHER INTELLIGENZ IN DER MEDIZIN



© PricewaterhouseCoopers B.V.

Wofür wird KI in der Medizin eingesetzt?

KI unterstützt die Dateninterpretation, so z. B. in der Epidemiologie, um Zusammenhänge zwischen gesundheitsrelevanten Merkmalen in einer Bevölkerung zu bestimmen, oder in der pharmazeutischen Forschung, um große Mengen von Substanzen biochemisch oder genetisch auszuwerten (Hochdurchsatz-Screening). Dadurch kann KI auch die Diagnostik verbessern (z. B. bessere Erkennung von Krebszellen bei bildgebenden Verfahren, oder Tracking-Wearables wie Smartwatches, die auf Grundlage der Messung der Herzfrequenz Hinweise auf das Bestehen von Diabetes geben können). Ferner kann KI auch die Erstellung von Prognosen und die Behandlungsplanung unterstützen, bspw. in Form von Expertensystemen, die anhand einer Wissensbasis (Fachwissen, Daten) Handlungsempfehlungen für z. B. eine Therapie geben können. Neben diesen die ärztliche Tätigkeit unterstützenden Anwendungen wird KI bei der Steuerung von Robotern eingesetzt, wie z. B. bei Pflege-Assistenzrobotern, die entweder die Pflegenden in ihrer Tätigkeit unterstützen oder unmittelbar pflegebedürftige Personen im täglichen Leben, bspw. im Haushalt, helfen sollen (z. B. der Care-O-bot des Fraunhofer Instituts).⁵

Ethische Aspekte von KI in der Medizin

Um nun ethische Aspekte von KI in der Medizin zu betrachten, bietet es sich an, sich an etablierten medizinethischen Prinzipien und Werten zu orientieren (wie bspw. Nutzenchancen, Schadensrisiken, Selbstbestimmung oder Gerechtigkeit):

Nutzenchancen Patient*innen

Ein zweifellos zentrales Prinzip in der Diskussion um KI in der Medizin ist jenes, welches den potenziellen *Nutzen* für die Patient*innen in den Vordergrund stellt; denn der (gesteigerte) Nutzen stellt die grundlegende Legitimationsquelle jeder neuen Gesundheitstechnologie dar.

Welche möglichen Nutzenchancen werden bei KI gesehen? Mit dem Einsatz von KI wird die Hoffnung verbunden, dass auf Grundlage riesiger Datenmengen – das vielbeschworene „Big Data“ – ein KI-System eher die richtige Diagnose fällen oder eher die beste Behandlungsweise bestimmen können wird, als menschliche Ärzt*innen es jemals könnten.⁶ Krankheiten können so frühzeitig und präziser erkannt und eine Behandlung rechtzeitig begonnen werden. Dadurch sollen die Heilungschancen der Patient*innen steigen. Ein Beispiel ist die Brust-

⁵ Vgl. dazu Unterrichtsideen von Kirsten Rabe unter https://www.rpi-loccum.de/material/pelikan/pel2-18/2-18_rabe.

⁶ Ploug/Holm: The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence, 107f.



Assistenzroboter sollen pflegebedürftige Menschen darin unterstützen, sich im größeren Rahmen selbst versorgen zu können.
© Miriam Doerr / iStock

krebsfrüherkennung durch eine KI-gestützte Analyse von Röntgenbildern. Ferner sollen (menschliche) Behandlungs- und Entscheidungsfehler reduziert werden, die nicht nur die Nutzenchancen reduzieren, sondern zudem Schaden anrichten können.⁷

Assistenzroboter sollen pflegebedürftige Menschen darin unterstützen, sich im größeren Rahmen selbst versorgen zu können (inkl. Waschen, Kleiden, Mobilität).⁸ Durch den Einsatz von Robotern – statt fremden Menschen – kann auch die Intimsphäre bei Pflegehandlungen unter Umständen besser gewahrt bleiben.⁹

Die entscheidende Frage bleibt allerdings, ob *tatsächlich* ein Nutzen generiert und nicht nur *versprochen* wird. Gegenwärtig dürfte die Evidenzlage diesbezüglich oft unklar sein, und auch die gemessenen Outcome-Kriterien sind fraglich. So könnte es zwar sein, dass eine KI insgesamt besser Brustkrebs erkennen kann. Sie wird aber auch klinisch wenig relevante Krebs-

formen identifizieren, die zeitlebens keinen Einfluss auf die Gesundheit haben werden, und kann so Überbehandlung fördern und unnötige Ängste bei Patient*innen verursachen.

Nutzenchancen Gesundheitspersonal/ Versorgung

Neben Nutzenchancen für Patient*innen kann KI in der Medizin auch Nutzen für das Gesundheitspersonal oder die Versorgung allgemein haben. Einen solchen Nutzen kann bereits der verbesserte Datenzugriff darstellen, d.h. eine einfachere und schnellere Zusammenführung von Daten der Patient*innen.¹⁰ Insgesamt kann die Versorgung dadurch verbessert werden, dass dem Personal mehr Zeit für die Interaktion mit Patient*innen zur Verfügung steht, weil eine KI Routinearbeiten übernehmen könnte. Zudem könnten bei hochansteckenden Patient*innen Roboter eingesetzt werden, um so die Infizierung des Gesundheitspersonals (und der Bevölkerung) einzudämmen – was gerade angesichts von Pandemien wie aktuell COVID-19 vorteilhaft sein könnte.

Aber auch hier bleibt zu fragen, inwieweit so ein Nutzen für das Gesundheitspersonal tatsächlich besteht. Insbesondere bei Pflege Robotern wird kritisch diskutiert, ob sie nur ein *Hilfsmittel* für das Pflegepersonal oder am Ende doch eher ein *Ersatz* sein werden¹¹, mit allen damit verbunden Folgen wie Arbeitsplatzverluste und verringerter menschlicher Kontakt zu den Patient*innen.

Schadensrisiken Patient*innen

Selbst wenn der Einsatz von KI grundsätzlich einen gesundheitlichen Nutzen mit sich bringen könnte, könnte es dennoch auch Risiken geben. Insbesondere wird diskutiert, ob der verminderte (emotionale) Kontakt zu Patient*innen langfristig zu einem Solidaritätsverlust führen würde.¹² Ebenso kann ein übersteigertes Sichverlassen auf eine KI problematisch werden¹³: Eine KI kann aufgrund unzureichender Daten Variationen von Krankheiten möglicherweise nicht erkennen und selbst mit gutem Training falsche Ergebnisse liefern. So kann eine KI mit 10.000 Bildern darauf trainiert werden, Anzei-

⁷ Sahm: Digitale Anthropologie, 928.

⁸ Vandemeulebrouke/de Casterlé/Gastmans: The use of care robots in aged care, 15.

⁹ Sahm: Digitale Anthropologie, 928.

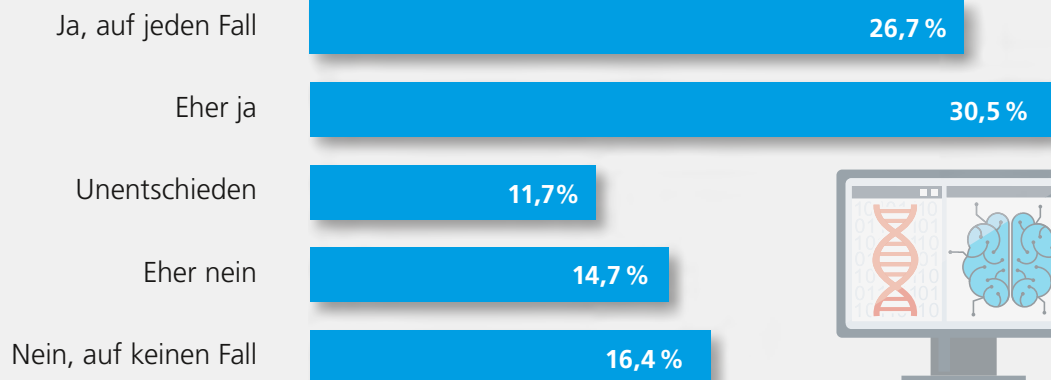
¹⁰ Manzeschke/Brink: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, 2.

¹¹ Vandemeulebrouke/de Casterlé/Gastmans: The use of care robots in aged care, 22.

¹² Manzeschke/Brink: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, 10f.

¹³ Ebd., 6.

Wären Sie bereit, Ihre Gesundheitsdaten anonymisiert bereitzustellen, um damit zur Verbesserung von Diagnosen durch Künstliche Intelligenz beizutragen?



Civey, Umfrage: KI in der Medizin, Juli 2019, n=3.147
© BMBF/Wissenschaftsjahr 2019. Eigene Darstellung

chen für das Vorliegen von Brustkrebs zu erkennen, und sollte danach in der Lage sein, bei neuen unbekannten Bildern Brustkrebs zu identifizieren; aber selbst dann wird eine KI gelegentlich falsch entscheiden.¹⁴ Darüber hinaus könnte eine KI wie jedes Computersystem auch absichtlich manipuliert werden (Hacking, Computer-Viren).¹⁵

Ähnlich wie bei den Nutzenchancen bleibt zu fragen, inwieweit die angesprochenen Risiken tatsächlich (und in einem relevanten Ausmaß) auftreten werden. Bestehen die Risiken tatsächlich, muss geklärt werden, inwieweit sie durch „flankierende Maßnahmen“ wie bessere KI-Systeme, angepasste Strukturen oder Handlungsrichtlinien ausreichend abgemildert werden können.

Selbstbestimmung und Privatsphäre

Wem die (gesundheitsbezogenen) Daten gehören, die erhoben und verarbeitet werden, ist eine Frage, die die Privatsphäre betreffen. Es kann bspw. schwierig werden zu verhindern, dass die Patient*innen anhand der gewonnenen Daten wieder identifiziert werden können.¹⁶ Zudem besteht eine Gefahr der Kommerzialisierung,

wenn Daten von privaten Firmen erhoben und weitergegeben werden.¹⁷ Allerdings braucht es große Datenmengen für effiziente KI, weshalb oft private Firmen involviert sein werden. Letztlich muss die Privatheit der Daten mit Werten wie Gerechtigkeit und Wohltätigkeit abgewogen werden, da mit den Daten prinzipiell (fremden) Menschen geholfen werden könnte.¹⁸ Dies kann auch zum (provokanten) Vorschlag führen, dass manche Daten von Patient*innen eingefordert werden können müssten.¹⁹

Bei der Selbstbestimmung der Patient*innen ist problematisch, dass KI kaum die medizinischen Präferenzen von Patient*innen berücksichtigen kann, sowohl bei Behandlungsmethoden (z. B. Präferenz von Pillen gegenüber Spritzen) als auch bei persönlichen Werten (z. B. hohe Gewichtung der Familie).²⁰ Ferner haben Patient*innen i. d. R. keinen Zugriff auf die Daten und auf den Algorithmus, sodass eine KI eine mangelnde Transparenz hinsichtlich ihrer Entscheidungswege aufweist²¹; der Fairness halber muss man allerdings festhalten, dass auch Entscheidungen von Ärzt*innen aus Sicht der Patient*innen oft genug eine „Black Box“ dar-

¹⁷ Ebd., 110.

¹⁸ Ebd., 109.

¹⁹ Wiens u. a.: Do no harm: a roadmap for responsible machine learning for health care, 1338.

²⁰ Ploug/Holm: The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence, 109.

²¹ Manzeschke/Brink: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, 8f.

¹⁴ Beispiel leicht verändert übernommen aus: Kirste/Schürholz: Entwicklungswege zur KI, 32.

¹⁵ Manzeschke/Brink: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, 6.

¹⁶ Jaremko u. a.: Canadian association of radiologists white paper, 108f.

stellen. Eine gemeinsame Entscheidung von Ärzt*in und Patient*in zu (weiterer) Diagnostik und v.a. Therapie (*shared decision-making*) scheint jedenfalls bei KI vorerst nicht oder nur eingeschränkt möglich zu sein.

Angesichts der doch nicht wenigen ungeklärten Fragen im Zusammenhang mit einer KI bleibt wichtig, dass Patient*innen das Recht haben sollten, sowohl Diagnose als auch die Behandlungsplanung durch (nur) eine KI abzulehnen.²²

Gerechtigkeit

Als Teil eines gerechten Umgangs mit knappen Ressourcen kann eine KI den Ressourcenbedarf senken, weil schneller mehr Daten verarbeitet werden können.²³ Auch könnte eine KI im Prinzip Menschen unterschiedlicher Herkunft und sozialen Standes fairer behandeln. Jedoch gibt es bereits Fälle, in denen sich gezeigt hat, dass Algorithmen z. B. aufgrund einseitiger Daten oder unzureichenden Trainings verzerrt sein können, sodass sie bei der Anwendung zu Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen führen.²⁴ Bei Pflegerobotern muss sich eine Gesellschaft ferner die Frage stellen, ob sich teure und effiziente Systeme am Ende doch nur wohlhabende Bürger*innen privat leisten könnten oder inwieweit die Solidargemeinschaft auch diese Leistung mitzutragen hat.²⁵

Ausblick

Man kann sich leicht darauf einigen, dass es ethisch unverantwortlich wäre, neue Technologien – wie KI – nicht zu verwenden, *wenn* dadurch Leben gerettet oder die Lebensqualität verbessert werden können. Die „ketzerische“ Frage bei KI bleibt aber, ob sie das tatsächlich bereits tut und ob mögliche schädliche Nebeneffekte, auch in Bezug auf Selbstbestimmung und Gerechtigkeit, ausreichend abgemildert werden können. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit vertiefter empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung zu den genannten medizinethischen Aspekten.

Aber über die Medizinethik hinausreichende Fragen dürfen nicht ausgeblendet werden: Was

könnte ein Gesundheitssystem, bei dem KI eine zentrale Rolle übernimmt, langfristig mit unserem Menschenbild machen – mit unserem Verständnis von Freiheit, Rationalität, Verantwortlichkeit oder Moralität?²⁶ Diese Fragen bedürfen noch stärker als die medizinethischen Aspekte eines gesellschaftlichen Diskurses, um die Rahmenbedingungen eines zukünftigen und breiteren Einsatzes von KI in der Medizin vernünftig und sozial legitimiert gestalten zu können. ◆

Literatur

- Jaremko**, Jacob L. u.a.: Canadian association of radiologists white paper on ethical and legal issues related to artificial Intelligence in radiology, in: Canadian Association of Radiologists Journal (70) 2019, 107-118
- Kirste**, Moritz/Schürholz, Markus: Entwicklungswege zur KI. in: Wittpahl, Volker (Hg.): Künstliche Intelligenz, Berlin/Heidelberg 2019
- Manzeschke**, Aren/Brink, Alexander: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, in: Frenz, Walter (Hg.): Handbuch Industrie 4.0: Recht, Technik, Gesellschaft, Berlin/Heidelberg 2020
- Ploug**, Thomas/Holm, Søren: The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence, in: Medicine, Health Care and Philosophy (23) 2020, 107-114
- Sahm**, Stephan: Digitale Anthropologie: Ethische Probleme der Anwendung künstlicher Intelligenz und Robotik in der Pflege und Medizin, in: Medizinrecht (37) 2019, 927-933
- Vandemeulebroucke**, Tijs/de Casterlé, Bernadette D./Gastmans, Chris: The use of care robots in aged care: A systematic review of argument-based ethics literature, in: Archives of Gerontology and Geriatrics (74) 2018, 15-25
- Wiens**, Jenna u.a.: Do no harm: a roadmap for responsible machine learning for health care, in: Nature Medicine (25) 2019, 1337-1340

²⁶ Ebd., 11f.



DR. MARCEL MERTZ ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover

²² Vgl. Ploug/Holm: The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence.

²³ Jaremko u.a.: Canadian association of radiologists white paper, 109.

²⁴ Wiens u.a.: Do no harm: a roadmap for responsible machine learning for health care, 1338.

²⁵ Manzeschke/Brink: Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen, 10.



VORSCHAU

Schwerpunktthema des
»Loccumer Pelikan«, Heft 3/2020

Religionskritik

Erscheinungstermin:
Anfang September 2020



Der Transport entnommener Spenderorgane erfolgt oft mit dem Helikopter.
© DSO / Andreas Steeger

Nachgefragt: Organspende

Nach jahrelanger Diskussion über die Organspendepraxis und vor dem Hintergrund des eklatanten Mangels an Spenderorganen hat der Deutsche Bundestag am 16. Januar 2020 die gesetzliche Grundlage geändert. In einer fraktionsoffenen namentlichen Abstimmung haben die Abgeordneten dem Gesetzentwurf einer Gruppe um Annalena Baerbock (Bündnis 90/Die Grünen) – der sogenannten *Entscheidungslösung* – zugestimmt.

Der konkurrierende Gesetzentwurf einer Gruppe um Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU/CSU) und den SPD-Gesundheitsexperten Prof. Dr. Karl Lauterbach – die sogenannte *doppelte Widerspruchslösung* – wurde mehrheitlich abgelehnt.

Zuvor hatten Gegner und Befürworter einer Neuregelung der Organspende in einer engagiert geführten abschließenden Debatte noch einmal eindringlich für ihre Positionen geworben.

Die Abgeordneten mussten darüber entscheiden, ob künftig jeder ein potenzieller Spender ist, der dem nicht ausdrücklich widersprochen hat, oder weiterhin nur diejenigen, die ihre Spendenbereitschaft zu Lebzeiten aktiv erklärt haben.

JÖRN NEIER

Hirntod

”

Lehrer*innen muss bewusst sein, dass die Beschäftigung mit der Thematik nicht einzig die ethische Urteilsbildung beeinflusst, sondern einen direkten Entscheidungsfindungsprozess anstößt, der durch den Unterricht maßgeblich mitgestaltet wird.

“

Das neuartige Corona-Virus legt momentan das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in allen Teilen der Welt weitgehend lahm. Die Entscheidungen hierzu basieren auf wissenschaftlichen Expertisen, die sich weitgehend nicht auf empirische Daten beziehen können. Im Falle des Corona-Virus existiert das Virus zu kurz, als dass es überall ausreichend empirische Grundlagen, bspw. für die getroffene Entscheidung zu Schulöffnungen und die Frage, inwieweit Kinder und Jugendliche das Virus übertragen, überhaupt schon geben könnte. In mehreren Ad-Hoc-Empfehlungen (bspw. vom Deutschen Ethikrat oder der Nationalakademie Leopoldina) werden Fragen zu den Auswirkungen der Einschränkungen des öffentlichen Lebens erörtert und Vorschläge unterbreitet, wie diese verantwortungsbewusst wieder gelockert werden könnten und welche Kriterien dabei eine Rolle spielen sollten. Welche Auswirkungen auf die Infektionslage die Maßnahmen haben, kann erst retrospektiv ausreichend beurteilt werden, wenn die Datenlage es zulässt und Empfehlungen fortlaufend den neuen Erkenntnissen angepasst werden. In einer ähnlich unsicheren Lage wurde 1968 der Hirntod von einer Ad-Hoc-Kommission der Harvard Medical School definiert. Auch dieser Kommission stand keine langjährige empirische Forschung zur Verfügung; die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Versorgung von Teilen der Bevölkerung kam erst in den 1960er-Jahren auf – und die Definition des Hirntodes wurde auch deshalb angestoßen, damit die spärlich vorhandenen Intensivbetten der damaligen Zeit nicht von „Langliegern“ ohne Aussicht auf Heilung blockiert blieben, sondern Patient*innen mit größeren Heilungschancen zur Verfügung stünden. Der Hirntoddefinition lagen also zunächst zwei Absichten zugrunde: einen Zeitpunkt zu definieren, zu dem eine intensivmedizinische Behandlung eingestellt werden, und gleichzeitig einen Zeitpunkt festzulegen, zu

dem eine Organentnahme zu Transplantationszwecken legitimiert werden konnte. Die Definition des Hirntodes basierte auf der Annahme, das Gehirn sei der Integrator des menschlichen Organismus und mit Eintritt des Hirntodes irreversibel geschädigt, so dass auch bei Fortsetzung einer Behandlung innerhalb kürzester Zeit der Ganztod eintreten würde.¹

In der Empirie der folgenden Jahrzehnte wurde die Annahme, das Gehirn diene als Integrator des Organismus, zunehmend bezweifelt und medizinische Fakten stellten die bisherige Definition in Frage. So stellte sich neben vielen weiteren Aspekten bspw. heraus, dass der Organismus auch im Hirntod Infektionen bekämpfen kann, die Körpertemperatur weiterhin reguliert wird, die Verdauung problemlos funktioniert und schwangere Frauen noch Kinder austragen können. Im Jahr 2008 stellte der US-amerikanische Ethikrat schließlich fest: „[...] the brain is not the integrator of the body's many functions. [...] no single structure in the body plays the role of an indispensable integrator. Integration, rather, is an emergent property of the whole organism.“²

Die Erfahrungen in der Empirie führten also dazu, dass das Gehirn seine bisher zugeschriebene Integrationsfunktion für den Organismus verlor. Trotzdem wurde am Hirntod als Todeszeitpunkt festgehalten. Die Integrationsfunktion des Gehirns wurde umdefiniert und das Gehirn gilt seither als Struktur, die eine Integration des Organismus in die Umwelt erst ermöglicht.³

An der Praxis der Organentnahme, für die der Hirntod als Kriterium herangezogen wird, hat

¹ Vgl. A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. In: The Journal of the American Medical Association (JAMA). Vol. 205. No 6. 5 August 1968, 85.

² Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics. Washington DC 2008, 40.

³ Vgl. ebd. 58ff.

sich ergo nichts geändert. Seither vollzieht sich bspw. unter Theolog*innen eine Terminologieverschiebung, da hirntote Patient*innen vermehrt als unumkehrbar Sterbende bezeichnet werden – was m.E. eine andere Qualität der Neudefinition offenbart, da Sterben ein Prozess ist, den nur Lebendiges vollziehen kann. Dennoch scheint die 1968 getroffene Ad-Hoc-Definition des Hirntodes als eines Endzeitpunkts nach wie vor hohe Strahlkraft bis in die Gegenwart hinein zu besitzen.

Das deutsche Transplantationsgesetz sieht eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende vor. Hierzu sollen alle Bürger*innen ab dem 16. Lebensjahr von den Krankenkassen mit geeigneten Informationen versorgt werden und sich auf deren Basis für oder gegen eine Organspende entscheiden.⁴ „Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein.“⁵

Folglich gehört die Aufklärung über die Bedeutung des Hirntodes unbedingt zur Mündigkeit hinsichtlich der Organspende dazu – gerade weil er auf dem Organspendeausweis gar nicht explizit erwähnt wird, bei Angehörigen von Spender*innen aber die größten Irritationen hervorrufen kann, da das allgemeine Todesverständnis doch erheblich von dem Zustand, in dem sich ein hirntoter Patient befindet, abweicht. Immerhin wird der Organismus noch künstlich aufrechterhalten und die Patient*innen werden selbstverständlich weiterhin beatmet und weisen optisch keinerlei Unterschiede zu Patient*innen auf, die eine kurative Behandlung auf einer Intensivstation erhalten.

Der Aufruf zur Entscheidung für oder gegen eine Organspende fällt zeitlich mit dem Leitthema „Sterben und Tod als Anfrage an das Leben“ im niedersächsischen Religionsunterricht an Gymnasien⁶ und ähnlich gelagerten Kompetenzbereichen an anderen Schulformen zusammen und bildet so eine hochgradig lebensweltlich verankerte Anforderungssituation, die aufgegriffen werden sollte. Lehrer*innen muss dabei bewusst sein, dass die Beschäftigung mit



der Thematik nicht einzig die ethische Urteilsbildung beeinflusst, sondern einen direkten Entscheidungsfindungsprozess anstößt, der durch den Unterricht maßgeblich mitgestaltet wird. Die gefällte Entscheidung kann dabei unmittelbar relevant werden und ist durch Dritte im Prinzip nicht revidierbar.

Eine Thematisierung im Religionsunterricht darf daher nicht interessengeleitet sein, sondern muss sich ergebnisoffen zeigen und fundiert sowie reflektiert erfolgen – sowohl theologisch als auch medizinethisch. Hierfür ist es von hoher Relevanz, Lehrer*innen für diese hochkomplexe und fächerübergreifende Thematik zu sensibilisieren und umfassend aus- bzw. fortzubilden.

Mir persönlich ist im Zuge der Erarbeitung der Thematik im Unterricht wichtig, die Schüler*innen dahingehend zu sensibilisieren, eine eigenverantwortliche Entscheidung pro oder contra Organspende zu treffen und zu kommunizieren und diese nicht, wie auf dem Organspendeausweis explizit auch als Entscheidungsmöglichkeit vorgegeben, auf Angehörige abzuwälzen: Im Falle eines diagnostizierten Hirntodes müssten diese nämlich im Sinne ihres verstorbenen Angehörigen entscheiden, und möglicherweise stellt sie dies vor große Gewissenskonflikte, da ihre eigene Einstellung zu einer Organspende von der Einstellung ihres Angehörigen abweicht. Die Angehörigen sind es, die mit dieser Entscheidung zu einem unmöglichen Zeitpunkt – nämlich einer plötzlichen Krise, wenn bspw. der Sohn oder die Tochter plötzlich unumkehrbar Sterbende sind – konfrontiert werden und mit dieser Entscheidung weiterleben und sie vor sich selbst immer wieder rechtfertigen müssen. Aus Verantwortung den eigenen Angehörigen gegenüber sollte ihnen diese Last nicht aufgebürdet werden.

*Es ist wichtig, die Schüler*innen zu sensibilisieren, eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen und diese nicht, wie auf dem Organspendeausweis explizit auch als Entscheidungsmöglichkeit vorgegeben, auf Angehörige abzuwälzen.*
© BZgA/
Hardy Welsch



JÖRN NEIER ist Lehrer für Evangelische Religion und Deutsch. Er arbeitet an der Evangelischen IGS Wunstorf.

⁴ Vgl. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG). Ausfertigungsdatum 05.11.1997. Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 16.03.2020. Verfügbar von: <http://gesetze-im-internet.de/tpg/TPG.pdf>, S. 5 (Zugriff: 27.04.2020).

⁵ Ebd.

⁶ Vgl. Niedersächsisches Kultusministerium (Hg.): Kerncurriculum für das Gymnasium Schuljahrgänge 5-10. Evangelische Religion, Hannover 2016, 28.

Die kirchliche Position zur Organspende

Auszug aus der gemeinsamen Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe zur sog. „doppelten Widerspruchslösung“¹

Die Organspende, die für viele Menschen die einzige Möglichkeit auf Lebensrettung ist, verdient aus christlicher Perspektive höchste Anerkennung als Akt der Nächstenliebe und Solidarität über den Tod hinaus. Papst Franziskus hat die Organspende kürzlich sogar als „Akt der sozialen Verantwortung“ und als „Ausdruck der universellen Geschwisterlichkeit, die alle Männer und Frauen miteinander verbindet“, bezeichnet.²

Gleichzeitig weisen die Kirchen darauf hin, dass eine Organspende – wie der Begriff schon sagt – von einer freiwilligen Entscheidung getragen sein sollte. Es gibt aus christlicher Sicht sehr überzeugende Gründe, die eigenen Organe anderen Menschen zur Verfügung zu stellen – etwa die Dankbarkeit für das eigene Leben, das ja auch erst durch Solidarität und Beziehung ermöglicht wird. Auch als Akt von hohem moralischem Wert kann eine Spende aber nicht erzwungen werden. Es besteht keine moralische Pflicht, seine Organe posthum zu spenden. Eine rechtliche Pflicht kann es aus diesem Grund erst recht nicht geben.³

Aus der grundsätzlich positiven Haltung der Bevölkerung zur Organspende lässt sich keine pauschale Spendenbereitschaft aller Menschen und erst recht keine generelle Zustimmung zur Organentnahme im Einzelfall schließen, denn eine solche erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit den Bedingungen und Konsequenzen einer Organspende. Die Organspende geht nämlich mit schwerwiegenden Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit einher und verändert den Sterbeprozess erheblich. Zwar sind vor einer Organentnahme zwingend alle für das Weiterleben entscheidenden Hirnfunktionen unwiderruflich erloschen. Zugleich aber bildet das Fortbestehen von gewissen Funktionen des Körpers durch organprotektive Maßnahmen eine unverzichtbare Voraussetzung für jede Organtransplantation. Dieser Umstand aber setzt seinerseits medizinisch-therapeutische Maßnahmen während des Sterbeprozesses voraus, die sich von einer palliativen Begleitung des Sterbens grundlegend unterscheiden.

Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende ist deshalb eine sehr persönliche Entscheidung über das eigene Sterben. Da der Mensch seine Würde im Sterben und auch über den Tod hinaus behält, darf die Freiheit bei dieser sensiblen Entscheidung nicht beschnitten werden. Eine gesellschaftliche Grundentscheidung, dass jeder Mensch grundsätzlich als Organspender anzusehen ist, solange er nicht ausdrücklich widerspricht, entspricht nicht dem christlichen Bild des selbstbestimmten Menschen, der in Freiheit und zugleich in der Verantwortung vor Gott und seinen Mitmenschen über sein Leben und seinen Körper Entscheidungen zu treffen hat. ◆

¹ Gemeinsame Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – zu dem Gesetzentwurf von Jens Spahn et al. „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz“ und zu dem Gesetzentwurf von Annalena Baerbock et al. „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“ vom 20. September 2019; www.ekd.de/stellungnahme-widerspruchslösung-zum-transplantationsgesetz-52585.htm.

² Äußerung Papst Franziskus vom 13. April 2019.

³ Vgl. Handreichung der Glaubenskommission der Deutschen Bischofskonferenz „Hirntod und Organspende“ vom 27. April 2015 (www.dbk-shop.de/media/files_public/mntkwprovym/DBK_1241.pdf).

JULIANE BRAUNER

„Meine Lebensqualität hat sich deutlich verbessert“

Leben mit einem Spenderorgan

Ich saß auf dem blauen Stoffsofa meiner fünf Jahre älteren Schwester, als unsere Eltern mit ernsten Gesichtern das Zimmer betraten. Sofort war mir klar, dass irgendwas passiert sein musste. Meine Eltern erzählten mir an diesem Sommertag 2002, dass ich an die Dialyse müsste; meine Blutwerte hatten sich verschlechtert und mein Vater, der mir eigentlich eine seiner Nieren spenden wollte, wurde bei den Untersuchungen als Spender ausgeschlossen. Meine Mutter hatte bereits meiner Schwester im Jahr 2000 eine Niere gespendet und kam somit auch nicht als Spenderin in Frage. Zu diesem Zeitpunkt war ich acht Jahre alt. In einer Operation wurde mir kurze Zeit später ein Katheter in den Bauchraum gelegt, über den meine Mutter dann vier Mal pro Tag Dialyse bei mir machte, alle vier Stunden. Mein Alltag war stark eingeschränkt während dieser Zeit. Freunde treffen und Kindergeburtstage waren an die Dialysezeiten gebunden, ich musste mich an strenge Essens- und Verhaltensregeln halten. Nach genau 14 Monaten Dialyse kam dann endlich der ersehnte Anruf: Es gab ein Organangebot für mich. Also packten wir schnellstmöglich die wichtigsten Dinge in den Koffer und fuhren in die Medizinische Hochschule Hannover. Am 19. September 2003 wurde mir dann in einer fünfstündigen Operation erfolgreich eine Niere transplantiert.

Das Ganze ist jetzt schon 16 Jahre her und ich bekomme immer noch einen Kloß im Hals,

wenn ich an die Zeit der Dialyse zurückdenke. Für mich als Grundschulkind war mein Leben stark eingeschränkt, ich durfte nicht am Sportunterricht teilnehmen, bin nicht mit meinen Klassenkameraden mit dem Schulbus gefahren, durfte keine Schokolade und keine Pommes essen. Als Erwachsene erscheinen all diese Dinge wie Kleinigkeiten, für mich als Kind waren all diese kleinen Einschränkungen aber mehr als nur Kleinigkeiten. Sie haben mein Leben verändert.

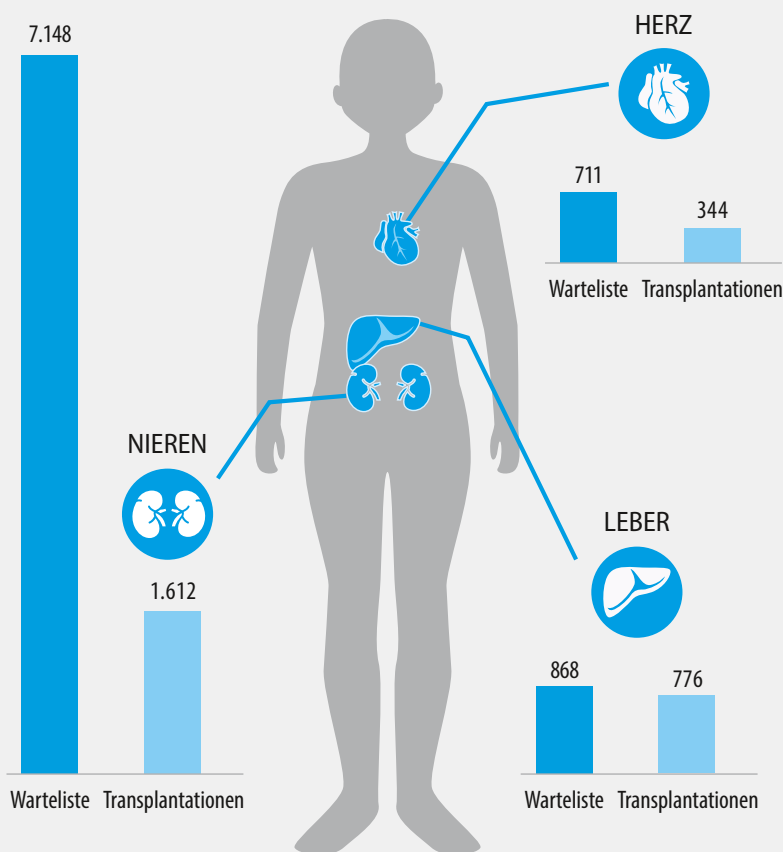
Nach der Transplantation war es für mich das Tollste, dass ich Kakao trinken durfte, oh-



Nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind rund 300 Kinder und Jugendliche in Deutschland ständig dialysepflichtig. Foto: Projekt „Dialysezeit“ für nierenkranke Kinder und Jugendliche des Universitätsklinikums Bonn. © Johann Saba / UK Bonn

So viele Patienten warten auf ein Spenderorgan

Patienten auf der Organspende-Warteliste und transplantierte Organe in Deutschland 2019*



* Transplantationen nach postmortaler Organspende inkl. Spenderorgane aus dem Ausland. Stand 31.12.2019

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation: www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/statistiken.html

© Eigene Darstellung

Dann werde ich wieder auf ein Organ warten müssen, dieses Mal vermutlich deutlich länger. Momentan liegt die Wartezeit bei ca. sechs bis acht Jahren und bis ein passendes Organ von Eurotransplant gefunden wird, werde ich wieder auf die Dialyse angewiesen sein. Bei einer Nierenerkrankung gibt es zum Glück die Möglichkeit der Ersatztherapie, das ist bei den meisten anderen Organen aber leider nicht möglich.

Seit vielen Jahren beschäftige ich mich daher intensiv mit dem Thema Organspende: Was bedeutet dieses Thema für mich? Mit welchen Gefühlen leben Angehörige, die Organe von geliebten Menschen zur Spende freige-

geben haben? Was macht die Politik?

Organspende ist für mich ein sehr persönliches Thema – natürlich, weil ich selbst betroffen bin, aber auch, weil es bei dem Thema Organspende immer auch um den Tod geht. Menschen, die sich mit Organspende beschäftigen, sind dazu gezwungen, sich auch mit dem eigenen oder dem Tod von Angehörigen auseinanderzusetzen. Ich selbst besitze einen Organspendeausweis, den ich in meinem Portemonnaie immer bei mir trage. Ich bin bereit, alle meine Organe und alle Gewebe zu spenden. Für mich als gläubige Christin ist die Bereitschaft zur Organspende ein Akt der Nächstenliebe. Mir ist es wichtig, dass sich die Menschen mit dem Thema auseinandersetzen und mit ihren Angehörigen darüber sprechen, damit diese dann – im schlimmsten Fall, dem Tod eines geliebten Menschen – in seinem Sinne entscheiden können.



JULIANE BRAUNER
ist Sozialassistentin im
AWO Hort Leipziger
Straße, Hannover.

ne fingergliedgroße Tabletten dazu nehmen zu müssen. Natürlich war auch nach der Transplantation nicht alles rosarot, aber meine Lebensqualität hat sich deutlich verbessert. Nur weil ich transplantiert bin, bin ich jetzt nicht gesund. Ich muss weiterhin täglich Medikamente nehmen, welche mein Immunsystem unterdrücken, damit das gespendete Organ nicht abgestoßen wird. Das unterdrückte Immunsystem macht mich wiederum anfälliger für alle Krankheitserreger, auch für das neue Corona-Virus. Und wie es so häufig bei Medikamenten ist, haben diese Medikamente starke Nebenwirkungen. Außerdem ist es leider so, dass ein gespendetes Organ nicht ewig hält, durchschnittlich hält eine Spenderniere 15 Jahre. Und was ist dann? Ich bin jetzt 26 Jahre alt, habe viel Freude an meiner Arbeit, habe tolle Freunde und eine Familie, die mich immer unterstützt. Aber was ist, wenn das Organ seine Arbeit nicht mehr macht?

KIRSTEN RABE



GELESEN:

Anne und Nikolaus Schneider: Vom Leben und Sterben

Anne und Nikolaus Schneider im Gespräch mit Wolfgang Thielmann

Das Ehepaar Anne und Nikolaus Schneider – sie Religions- und Mathematiklehrerin, er Pfarrer, ehemaliger Präses der Kirche im Rheinland und von 2010 bis 2014 Ratsvorsitzender der EKD – sind seit vielen Jahren privat wie öffentlich im Dialog über „Sterbehilfe, Tod und Ewigkeit“. 2005 verloren die beiden ihre Tochter Meike, die mit 22 Jahren ihren Kampf gegen die Leukämie verlor. 2014 erkrankte Anne Schneider an Brustkrebs. Nikolaus Schneider legte daraufhin sein Amt als Ratsvorsitzender der EKD nieder. Heute gilt Anne Schneider als geheilt.

Im März 2019 erschien das Buch „Vom Leben und Sterben. Ein Ehepaar diskutiert über Sterbehilfe, Tod und Ewigkeit. Im Gespräch mit Wolfgang Thielmann“. Im Zentrum steht die Frage nach assistiertem Suizid – die Anne und Nikolaus Schneider unterschiedlich und begründet mit ihrem jeweiligen Gottes- und Menschenbild beantworten.

Als dieser umfassende und sehr lesenswerte theologische Dialog zwischen Wolfgang Thielmann, Autor der Wochenzeitung DIE ZEIT, Publizist und Pastor der Ev. Kirche im Rheinland, erschien, galt noch das 2015 vom Bundestag beschlossene Verbot der Beihilfe zum Suizid. Im Februar 2020, nach Erscheinen des Buches, wurde dieses Gesetz vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt.

Wolfgang Thielmann: Frau Schneider, Sie haben [...] angemerkt, dass Ihr biblisch orientiertes Menschenbild auch Ihre liberale theologische Haltung zu einem assistierten Suizid prägt. Nun haben Sie mehr als vier Jahre gegen Ihren aggressiven Krebs gekämpft. Sie, Herr Schneider, haben Ihrer Frau beigegeben. Hat sich Ihre Einstellung in den Jahren geändert?

Anne Schneider: Die vergangenen vier Jahre haben mich bestätigt und bestärkt in dem, was meine liberale Einstellung zur Verantwortung

des Menschen für den eigenen Todeszeitpunkt betrifft – sowohl im Blick auf meine theologische als auch auf die politische Argumentation.

Ich stand nach meiner Krebsdiagnose im Juni 2014 vor Entscheidungen, die ich zuvor allenfalls theoretisch erwogen hatte: Sollte ich mich in meinem vorgerückten Alter der massiven Behandlung durch Chemotherapie, Operation und Bestrahlung stellen, um gegen den Krebs zu kämpfen? Als mir der Arzt und eine Pharmazeutin beschrieben, welche Art von Chemotherapie sie für das kommende halbe Jahr für mich



Nikolaus Schneider und
Anne Schneider

Vom Leben und Sterben

Ein Ehepaar diskutiert
über Sterbehilfe, Tod und
Ewigkeit.

Herausgegeben von
Wolfgang Thielmann
Neukirchener Verlag,
Neukirchen-Vluyn 2019
ISBN 978-3-7615-6533-9
153 Seiten, 14,99 €.

planten, waren mir die zwei Jahre mit unserer Tochter Meike wieder ganz präsent, die ich mit ihr auf der Krebsstation verbracht habe und in denen ich das Elend von Chemo-Patientinnen gesehen hatte. Viele Mitpatientinnen von Meike sind dann auch wie Meike während der qualvollen Zeit der Chemotherapie gestorben. Zudem hatte ich gelesen, dass Statistiken bei Brustkrebsbehandlungen keine wesentliche Lebensverlängerung versprechen, wenn man sich auf eine Chemotherapie einlässt. Und ich war mir sicher: Lebensqualität bedeutet mir mehr als Lebensquantität. Als Arzt und Pharmazeutin mir die Therapie erklärten, habe ich damals spontan gedacht: Ich mute mir dieses Elend nicht zu. Und habe geantwortet: Ich weiß nicht, ob ich das will.

Mein Arzt fragte ganz erschrocken: „Wollen Sie denn jetzt sterben?“ Als ich ihm dann meine Ängste erklärte, antwortete er mir: „Warten Sie mal ab. In den letzten zehn Jahren hat sich viel getan an guter Begleitmedizin. Sie werde nicht so leiden wie Ihre Tochter vor zehn Jahren.“

Das hat sich dann Gott sei Dank bewahrheitet. Doch es gab Tage und Zeiten während der Chemotherapie, an denen ich dachte: Wenn der Rest meines Lebens so aussieht, möchte ich es verkürzen. Ich war gar nicht mehr bereit und willens zur Kommunikation, wollte nur in mich verkrümmt auf dem Sofa liegen und in Ruhe gelassen werden. Und ich konnte es auch nicht genießen ja, es war mir geradezu unangenehm, wenn liebevolle Menschen mich berührten oder streichelten. [...] Die Erfahrungen der vergangenen vier Jahre haben meine Zuversicht und meinen Willen gestärkt, nicht schon bei einer Diagnose an Selbsttötung zu denken. [...] Mir wurde im Durchleben meiner Krebsbehandlung und auch jetzt im Rückblick deutlich: Die anderthalb Jahre Behandlung waren eine sinnvolle Lebens-Zeit, auch wenn ich reduziert gelebt habe.

Wolfgang Thielmann: Und wenn sich die Zeit hinzieht?

Anne Schneider: Ich weiß nicht, wie lange ich so ein Leben in Behandlung ertragen möchte und könnte. Ich würde es wohl auf mich zukommen lassen. Aber hätte eben gern die Möglichkeit zu sagen: Jetzt ist genug.

Nikolaus Schneider: Auch meine zurückhaltende Einstellung im Blick auf das Recht des Menschen zur Selbsttötung und auf die gesetzliche Freigabe eines von Ärzten assistierten Suizids hat sich in den vergangenen Jahren bestätigt. Mir liegt aus theologischer Überzeugung

darin, dass unser Menschenbild nicht undeutlich wird: Demut und Selbstvertrauen zugleich sollen den Menschen prägen. Dieses Bild beschreibt den Menschen nach meiner Überzeugung in angemessener Weise. Und zur menschlichen Demut vor Gott, dem Schöpfer und Herrn alles Lebens, gehört für mich die grundsätzliche Einschränkung menschlicher Autonomie. Daraus leite ich ab, dass der Todeszeitpunkt des Menschen im Machtbereich Gottes liegen soll. In diesen Machtbereich will ich nicht durch einen Suizid gewaltsam reinpfuschen. Außerdem befürchte ich schädliche Konsequenzen, wenn das Bild vom Menschen unklarer wird: etwa für das Selbstverständnis von Menschen oder für das Zusammenleben und nicht zuletzt für das Normengefüge unserer Gesellschaft.

Dabei war und ist mir bewusst, dass zu der Eindeutigkeit auf der Normebene, die ich hier vertrete, auf der Ebene des gelebten Lebens noch einmal andere Dimensionen hinzutreten können. In unseren theoretischen Urteilen und Entscheidungen können wir nicht wirklich vorwegnehmen, wie es sein wird, wenn wir eine tödliche Krankheit haben, wie wir in der Situation einer schmerzhaften und unser Leben reduzierenden Behandlung empfinden und was dann für uns lebenswert ist und was nicht. [...] Im Blick auf das Leben-Wollen und das Sterben-Wollen von Menschen möchte ich in diesem Zusammenhang auch auf Erfahrungen meiner Sterbebegleitung in meiner Zeit als Gemeindepfarrer hinweisen. Wenn sich das Sterben länger hinzog, sagten mir manche Menschen: „Herr Pastor, ich möchte sterben, ich kann nicht mehr, ich will auch nicht mehr, ich bin irgendwie übrig geblieben.“ Zwei Tage später waren sie voller Lebensfreude und genossen das Leben und erzählten von Plänen für die nächste Zeit. Ein Mensch ist nun einmal ein Ensemble an Einstellungen und Möglichkeiten. Und unser Erleben und unser Wollen sind unbeständig.

Das bestärkt mich in meiner Grundposition: Seien wir vorsichtig mit Festlegungen, wann und wie lange das Leben lebenswert ist. Für uns selbst, aber vor allem für andere. Ich möchte dazu ermutigen: Lasst uns mit Vertrauen und Zuversicht in schwierige Krankheits- und Altersphasen hineingehen. Vielleicht erschließen sich uns ganz neue Sinnerfahrungen für unser Leben.

Anne Schneider: Diese Ermutigung finde ich richtig und wichtig. Aber gerade deshalb plädiere ich für die gesetzliche Freiheit im Blick auf einen assistierten Suizid. Es kann nämlich im konkreten Erleben das eine wie das andere



Anne und Nikolaus
Schneider
© Hannes Leitlein

passieren. Es mag Menschen geben, die ganz unerwartet auch in einem von Krankheiten, Altersbeschwerden und schmerzhaften medizinischen Behandlungen reduzierten Lebenssinn und Lebensfreude empfinden. Aber es mag Menschen geben, die – wie Nikolaus – jetzt die Überzeugung haben, sie würden und wollen auf Gottes Entscheidung im Blick auf ihren Todeszeitpunkt warten. Und die dann, in einer unheilbaren Krankheit, in der auch ihre Schmerzen nicht ausreichend gelindert werden können, nach Suizid-Assistenz verlangen. Dann finde ich es für unsere liberale Demokratie eigentlich unzumutbar, wenn der Gesetzgeber Wege zur assistierten Selbsttötung versperrt. Oder wenn die Ärzte, die helfen wollen, Angst haben müssen, ihre Zulassung zu verlieren.

Im weiteren Verlauf des Dialogs wird die Problematik eines Bilanzsuizids angesprochen:

Nikolaus Schneider: Für mich bleibt ein Bilanzsuizid problematisch. Wenn Menschen nicht mehr leben wollen, kann man sie nicht zum Leben zwingen. Zwang zum Leben ist ebenfalls problematisch! Aber der Bilanzsuizid geht auf etwas sehr Archaisches zurück, nämlich das Gefühl, dass meine Lebensbilanz ins Negative kippt, wenn ich nichts Produktives mehr in meiner Gesellschaft beitragen kann und ich dadurch zur Belastung für die Gemeinschaft und für die Menschen werde, zu denen ich gehöre. [...]

Wolfgang Thielmann: Wie erhält man in der Gesellschaft ein lebensbejahendes Klima, das dem Gedanken entgegentritt, jemand sei überflüssig, weil er die ökonomische Bilanz belastet? Der frühere Sozialminister Norbert Blüm hat das Problem einmal mit dem Satz karikiert: Alle Probleme der Krankenversicherung wären gelöst, wenn wir den Menschen das letzte Lebensjahr streichen.

Nikolaus Schneider: Das ist genau der Punkt. Wir müssen uns davor hüten, alten und auf Hilfe angewiesenen Menschen das Gefühl zu geben, dass es ihre moralische Pflicht sei, im Interesse ihrer Angehörigen und im Interesse unserer Gesellschaft jetzt den Freitod zu wählen.

Anne Schneider: Um dieser Gefahr zu wehren, ist wohl das vierte Gebot entstanden: „Du sollst Vater und Mutter ehren, auf dass du lange lebest auf Erden.“ Aber ich glaube, darum geht es nicht bei dieser Frage in der Schweiz. Es geht darum, zu akzeptieren: Es gibt so etwas wie eine innere Gewissheit bei Menschen, dass es Zeit ist zu sterben. Wenn Menschen diese Gewissheit haben, sollten wir ihnen nicht theologische oder gesetzliche Steine in den Weg legen. ♦

Auszüge aus: Anne und Nikolaus Schneider, Vom Leben und Sterben. Ein Ehepaar diskutiert über Sterbehilfe, Tod und Ewigkeit. Im Gespräch mit Wolfgang Thielmann. © 2019 Neukirchener Verlagsgesellschaft mbH, Neukirchen-Vluyn, 48-54. 67f.



KIRSTEN RABE

ist Dozentin für die Bereiche Gymnasium und Gesamtschule am RPI Loccum

ANDREAS BEHR



BETRACHTET:

Fabien Toulmé: „Dich hatte ich mir anders vorgestellt ...“

Fabien Toulmé, 1980 in Orléans geboren, hat Bauingenieurswesen studiert, bevor er sich dem Comic widmete. 2009 ließ sich der Weltenbummler in Frankreich nieder, nachdem er einige Jahre in den Tropen verbracht hatte. Er veröffentlichte Illustrationen und Comics in Zeitschriften und Sammelbänden.

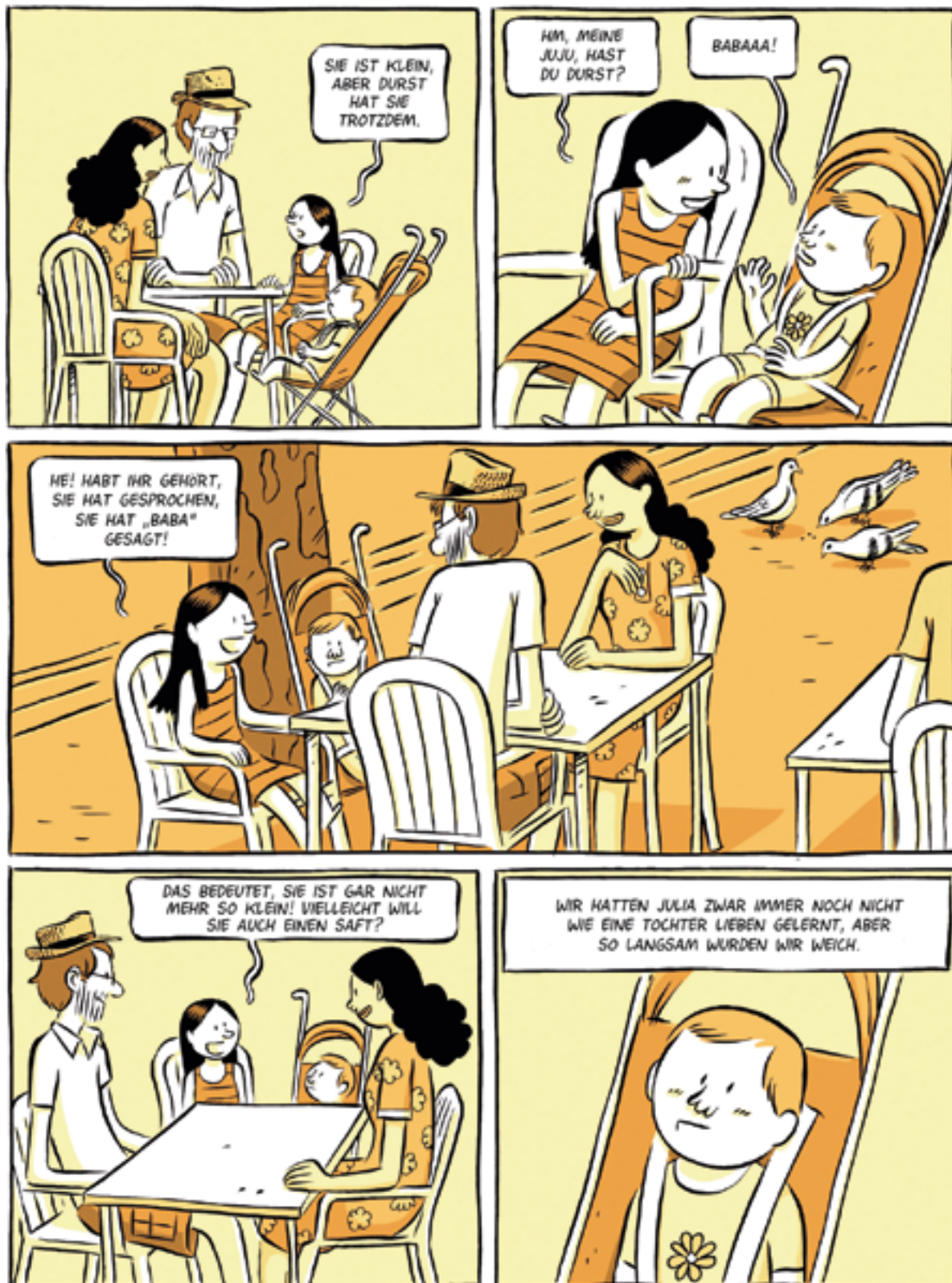
2014 veröffentlicht er schließlich seine erste Graphic Novel. Es ist ein Tatsachenroman, denn Toulmé erzählt, wie er mit seiner Frau und seiner Tochter die Geburt des zweiten Kindes erwartet: Julia.

Doch Julia ist etwas anders, als sich der Vater sie vorgestellt hat. Sie hat den Gendefekt Trisomie 21 und den damit verbundenen Herzfehler. Es fällt dem Vater schwer, seine Tochter anzunehmen – noch schwerer, sie zu lieben. Aber Julia erobert schließlich doch sein Herz.

Mit viel Humor, ohne Kitsch, sehr ehrlich und mit großem Respekt erzählt Toulmé diese Familiengeschichte, die Lesenden – die bei Graphic Novels ja auch immer Schauende sind – die Augen öffnet für den Wert kleiner und großer Unterschiede.



ANDREAS BEHR
ist Dozent für
Konfirmandenarbeit
am RPI Loccum.



© avant-verlag, 2015



„Grey's Anatomy“ (li.), © Athena LeTrelle / flickr und „Dr. House“, © Fox Broadcasting Company.

LENA SONNENBURG



GESEHEN:

Arztserien

Sehr großer Beliebtheit erfreuten sie sich vor allem in den späten 1990er-Jahren, doch noch immer kann man auf unterschiedlichen öffentlich-rechtlichen wie privaten Fernsehsendern sowie auf der Homepage Serienjunkies¹ 96 nationale und internationale Arztserien finden.

Arztserien berichten aus dem Alltag von Arztpraxen oder Krankenhäusern, von Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen, Patient*innen, und ihnen allen ist gemeinsam, dass es häufig mehr um zwischenmenschliche Konflikte als um fachliches Wissen geht. Im Gegensatz zu Seifenopern bieten sie meist in jeder Episode eine geschlossene Folge sowie eine geraffte erzählte Zeit. Im Zentrum der Handlung steht oft das Sterben als Folge von Mord, Selbstmord, Vergewaltigungen, Schlägereien, gefährlichen oder harmlosen Krankheiten, die lange nicht behandelt wurden und nun ein ernsthaftes Risiko darstellen. Ebenso spielen politische, religiöse und

ethische Themen wie Rassismus, Diskriminierung, Religionsfreiheit, Sterbehilfe, Palliativmedizin eine große Rolle.

Alles das macht Arztserien zu einem Schatz für den Religionsunterricht. Durch ihre kurze Dauer (ca. 45 Minuten) lassen sie sich problemlos – so auch in Auszügen – im Unterricht betrachten, bevor mit den Schüler*innen Gespräche initiiert werden. Medizinethische Themen gibt es unzählige: In amerikanischen Serien taucht z. B. immer wieder die Frage auf, wie ein*e Patient*in versichert ist und ob es sich „lohnt“, weitere Untersuchungen an ihm*ihr durchzuführen bzw. sie*ihn zu behandeln. Es werden aber auch grundsätzliche Fragen gestellt, etwa: „Sind wir Ärzte geworden, um Patienten oder um Krankheiten zu behandeln?“² oder „Warum haben Sie Angst, Fehler zu machen?“ – „Weil ich Ärztin bin, wenn ich Fehler mache, sterben Menschen.“ Manchmal sind die Protagonisten regelrecht verzweifelt: „Irgendwas müssen wir doch tun können, außer ihr beim Sterben zuzusehen.“

Konkret könnten Schüler*innen z. B. anhand eines Beispiels aus der Serie „Grey's Anatomie“ diskutieren, ob Eltern und Ärzt*innen verpflichtet sind, einer 14-Jährigen von ihrer Intersexualität zu berichten, oder ob ihr im Zuge einer Tumorentfernung ohne ihr Wissen das „falsche“ Geschlechtsteil in einer geschlechtszuweisenden Operation entfernt werden sollte.³ Eine

¹ www.serienjunkies.de/serien/arztz.

² Dr. House, Staffel 1, Folge 1.

³ Grey's Anatomie, Staffel 2, Folge 13.

wunderbare Vorlage, um sich mit Stellungnahmen der EKD und anderer Organisationen zum Thema vertraut zu machen und diese in den Religionsunterricht einzubringen.

Da die Welt der Arztserien riesengroß ist, anbei eine Einschätzung unterschiedlichster Formate:

- „Valkyrien“: Die norwegische Serie erzählt von einem Arzt, der im Untergrund von Oslo eine illegale Klinik betreibt, in der die Grenzen der Moral immer weiter ausgedehnt werden.
- „Mary kills People“ stammt aus Kanada und handelt von einer Ärztin, die ihren todkranken Patienten (illegale) Sterbehilfe leistet.
- „Grey’s Anatomy“ ist eine US-amerikanische Serie, in der eigentlich die Beziehungen der jungen Ärzt*innen zueinander die tragende Rolle spielen. In einigen Folgen ist Organspende ein zusätzliches zentrales Thema.⁴
- „Private Practice“ ist ein Spin-Off von „Grey’s Anatomy“ und befasst sich vornehmlich mit

Fragen rund um (künstliche) Schwangerschaften und psychische Gesundheit. Z. B.: Darf ein*e Psychiater*in eine*n Pädophile*n behandeln, dem*der er*sie nicht glaubt? Oder: Ist Leihmutterschaft ein sinnvolles Konzept?

- „Scrubs“, eine vermeintliche Comedy-Arztserie, befasst sich auf „leichte“ Art ebenfalls mit zahlreichen ethischen Fragen: Sterbewille gegen Lebenserhaltung, die Macht der Pharmakonzerne, (fehlende) Zeit für Patient*innen, Organspende und Sterbehilfe.
- Und nicht zuletzt die „fachlich geniale“⁵ Serie „Dr. House“, ebenfalls ein US-amerikanisches Format. In diesem bricht Gregory House in seiner spektakulär sarkastischen Art diverse Krankenhausregeln, bezeichnet Patient*innen per se als Lügner*innen und stößt bei seiner Arbeit in so ziemlich jeder Folge an ethische Grenzen. ◆



LENA SONNENBURG
ist Dozentin für den
Bereich Grundschule
am RPI Loccum.

⁴ Izzy und Denny, Staffel 2.

⁵ Harald Haynert, Universität Witten/Herdecke.

CAROLINE TESCHMER

Unters Messer für die Schönheit?

Ästhetische Chirurgie in ethischer Reflexion

Körperliches Selbstdesign

Zum 18. Geburtstag die perfekt geformte Selfie-Nase anstatt die Finanzierung des Führerscheins? Unter Heranwachsenden gehören unterschiedliche Formen der Körperoptimierung gegenwärtig zum alltäglichen Leben. Dabei scheint es längst nicht mehr nur um Fitness oder Styling zu gehen, sondern der Wunsch nach makellosem Äußerem wird, von Filterfunktionen neuester Apps bestärkt, lauter. Die Hemmungen der Jugendlichen, sich im wahrsten Sinne des Wortes „unters Messer“ zu legen, um das

äußere Erscheinungsbild an eine vermeintlich gesellschaftliche Norm anzupassen, schwinden zunehmend. Ästhetisch-chirurgische Eingriffe stellen gegenüber Sport und Kosmetik eine drastischere Form der Körperoptimierung dar.

Im Fokus solcher medizinischen Eingriffe steht die körperliche Selbstoptimierung, die zu einem Phänomen der Gegenwart geworden ist und vor allem von Jugendlichen internalisiert wurde. Ästhetische Chirurgie stellt eine Strategie der Selbstoptimierung dar, indem an sichtbaren (Brust, Nase, Lippen, Bauch u. ä.) und unsichtbaren Körperstellen (Intimchirurgie)



Durch die tägliche Konfrontation und Präsenz von ästhetisch retuschierten und perfektionierten Körpern entsteht vermehrt der Wunsch nach ästhetisch optimierender Korrektur des eigenen äußeren Erscheinens. Die Heranwachsenden möchten immer mehr so aussehen wie ihr mit Software bearbeitetes Selfie.
© Iuliia Nemchinova / 123RF

Veränderungen vorgenommen werden. Es geht um die stetige Arbeit am Selbst zum Zweck der Selbstannahme: Jugendliche meinen, erst durch die Selbstoptimierung für andere und sich selbst annehmbar zu werden.

Jenseits der reinen Natürlichkeit wird der Körper unter ästhetischen Gesichtspunkten bewusst gestaltet. Der Drang zur Verschönerung scheint ein fester Bestandteil der menschlichen Natur zu sein. Das Ergebnis von invasiven Eingriffen soll einem natürlichen Look entsprechen. Gesellschaftlich wird dabei akzeptiert, dass die Genese eines als natürlich empfundenen Endergebnisses auf eine nicht natürliche Art erfolgt ist. Natürlichkeit¹ wird zur Modeerscheinung und als fluider Bezugspunkt konstruiert, welcher als signifikant für ein gegenwärtiges Schönheitsideal gilt und mit Veränderungsprozessen einhergeht.

Im Folgenden soll es um das Schönheitshandeln mittels chirurgischer Eingriffe gehen, die dauerhaft oder nur mit großem Aufwand reversibel sind. Im umgangssprachlichen Tenor wird von „Schönheits-Operation“ gesprochen. Der Ausdruck deckt sich mit dem medizinischen Fachbegriff „ästhetische“ oder „kosmetische Chirurgie“. Darunter fallen auch nichtoperative minimalinvasive Maßnahmen wie bspw. Botox-Injektionen oder chemische Peelings. Ästhetische Chirurgie stellt einen Teilbereich der plastischen Chirurgie dar.²

¹ Nicht alle Heranwachsenden interessieren sich pauschal für ästhetische Chirurgie und ziehen einen operativen Eingriff in Erwägung. In der Fridays for Future-Generation geht der Trend zur Natürlichkeit (Zero Waste oder Naturkosmetik).

² Die folgenden Angaben beziehen sich nicht auf Minderjährige und gehen auf die Statistik der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) zurück. Die DGÄPC-Statistik befragt anonym mit einem standardisierten Fragebogen Patient*innen. Für die aktuell vorliegende Statistik wurden 1.333 Antworten von Patient*innen ausgewertet. Erfasst wurden die Daten im Zeitraum von September 2018 bis Anfang Juli 2019. Sichtbar wird, dass Frauen die Hauptgruppe darstellen, die ästhetische Chirurgie in Anspruch nehmen (86,8 %). 2019 erreichte den vormaligen Höchstwert von 2016. Bei den Männern zeigt sich ein Anstieg zum Vorjahr von 0,3 Prozent. Deutlich wird, dass auch Männer eine feste Patientengruppe mit anderen Behandlungsschwerpunkten bilden. Männer unterziehen sich vor allem der Fettabsaugung (13,4 %), Faltenunterspritzung (11,0 %), Straffungsbehandlungen (8,5 %) und Intimkorrekturmaßnahmen (6,1 %). Dabei bevorzugen Männer operative Eingriffe. Im direkten Geschlechtervergleich unterziehen sich Frauen vornehmlich minimalinvasiven Behandlungen (19,4 %). Bei den operativen Eingriffen sind Brustvergrößerungen (12,9 %) und Fettabsaugungen (9,7 %) die bevorzugten Eingriffe. Vor allem bei Frauen unter 30 Jahren ist die Brustvergrößerung die meistnachgefragte Behandlung. 2019 lag das Durchschnittsalter von

Im Unterschied zur rekonstruktiven Chirurgie, die es vor allem mit Wiederherstellung der Körperform nach Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls bzw. mit der Korrektur angeborener Form- und Funktionsanomalien zu tun hat, geht es bei der ästhetischen Chirurgie um eine Formverbesserung zur Steigerung der subjektiven Zufriedenheit und um ein Bedürfnis nach ästhetischer Kultivierung ohne jegliches Vorliegen einer zwingenden medizinischen Indikation.³

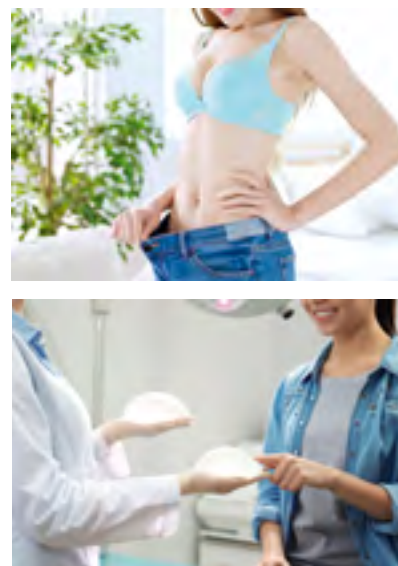
Motive der Verfügung über den eigenen Körper

Gerade in der Phase der Adoleszenz dreht sich viel um die bewusste Gestaltung und Inszenierung des genormten Körpers: Heranwachsende träumen vom „perfekten“ Körper. Dieser gilt als Rohmasse, der mit Hilfe der plastischen Chirurgie zu einem Ideal geformt werden kann. Ästhetische Chirurgie wird so zum Ausdruck des individuellen „empowerment“. Gegenwärtig verschwimmen die Grenzen zwischen medizinisch erforderlicher, körperlicher Optimierung und Lifestyle, sodass von einer „Entgrenzung der Medizin“⁴ gesprochen werden kann. Im Vordergrund steht nicht die Heilung, sondern das Enhancement. Vor allem Jugendliche streben einen normierten Einheitskörper (unbehaart, schlank, durchtrainiert, [hetero-]sexuell begehrenswert) an. Models repräsentieren dabei keineswegs das Bild der Realität, und dennoch wird die mediale Überrepräsentanz gerade bei Jugendlichen zum Körperideal; sie erweckt den Eindruck von Normalität und lässt nahezu jeden Körper defizitär erscheinen. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist in diesem Zusammenhang als zentrales Motiv für ästhetische Eingriffe anzuführen. Entstellende Verletzungen oder stigmatisierende Merkmale wie bspw. abstehende Ohren, eine zu groß empfundene Nase oder eine Fehlbildung der Brust gehen mit psychischen Faktoren einher und veranlassen Jugendliche, über kosmetische Eingriffe nachzudenken, die aus ethischer Sicht keiner Rechtfertigung bedürfen, sondern als notwendig angesehen werden, um den Leidensdruck der betroffenen Person zu reduzieren. Anders

Patient*innen bei 43,1 Jahren. Erstmals erhob die DGÄPC-Statistik sich als divers beschreibende Menschen, die mit einem Prozent noch eine kleine Zielgruppe ausmacht. Vgl. DGÄPC-Statistik 2018-2019.

³ Vgl. Fenner, Ist das gegenwärtige Schönheitshandeln auch gut?, 99f.

⁴ Viehhöver/Wehling, Entgrenzung der Medizin.



sieht es aus, wenn junge Mädchen rein subjektiv ihre Brüste als zu klein oder ihre Nase als zu groß empfinden, mit ihrem Körper unzufrieden sind und eine operative Korrektur ohne vorliegenden Grund anstreben.

Die gesellschaftliche Akzeptanz plastisch-chirurgischer Eingriffe und die damit einhergehende ethische Vertretbarkeit nimmt zu. Jede*r darf selbst bestimmen, wie der eigene Körper gestaltet werden soll, sodass die Arbeit am Körper einer Logik des „unternehmerischen Selbst“ gleicht.

In Unterrichtsgesprächen mit Schüler*innen einer 11. Jahrgangsstufe wurde deutlich, dass es für sie ethisch durchaus vertretbar ist, den Körper mit Hilfe der ästhetischen Chirurgie selbst zu gestalten. Argumentativ wurden Termini wie *Autonomie* und *Anerkennung der Individualität als Entscheidungsmaxime* hervorgebracht. Den Schüler*innen ging es primär um die individuelle Verfügungsautonomie. Hier stellt sich die Frage, ab welchem Alter und unter welchen Bedingungen auf die geforderte Verfügungsautonomie zugegangen wird. Exemplarisch kann die seit 2008 rudimentär geführte Bundestagsdebatte über die Festsetzung von Altersgrenzen bei der Ausführung von ästhetischer Chirurgie aufgeführt werden. Im europäischen Raum besteht kein Gesetz, das ästhetische Operationen an Minderjährigen verbietet. Theoretisch dürfen mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten operative Eingriffe vorgenommen werden.⁵

⁵ Im Oktober 2019 plädierte Jens Spahn für eine Ausweitung des Werbeverbotes von Schönheitsoperationen an Jugendlichen. Vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/werbeverbot-schoenheits-ops.html (01.04.2020).

Dennoch verursachen chirurgische Eingriffe, die den Körper in einer gewissen Weise standardisieren und an bestimmte Schönheitsideale angleichen, gesellschaftlich Unbehagen. Dringend erforderlich scheint hier, die Ambivalenzen ästhetisch-chirurgischer Eingriffe differenziert zu betrachten. Die Grenzen zwischen ästhetischen und medizinischen Motiven sind häufig fließend, sodass nicht einseitig argumentiert werden kann und schönheitschirurgische Eingriffe nicht vorschnell moralisch abqualifiziert werden können. Auch lässt sich kein abschließend ethisches Urteil in Form eines Gebots oder Verbots formulieren. Denn das Schönheitshandeln stellt nicht nur eine individualethische (gestalterische Selbstbestimmung über den eigenen Körper), sondern auch eine sozialetische Angelegenheit dar.⁶

Durch die tägliche Konfrontation und Präsenz von ästhetisch retuschierten und perfektionierten Körpern entsteht vermehrt der Wunsch nach ästhetisch optimierender Korrektur des eigenen äußeren Erscheinens. Je mehr sich eine ästhetische Norm durchsetzt und normierte Körper dominieren, desto stärker wird auch der soziale Druck, sich dieser vorherrschenden Norm anzupassen. Niemand wird zur ästhetischen Kultivierung des Körpers „[...] unter Androhung negativer Sanktionen zu bestimmten Schönheitsoperationen gezwungen, sondern die Individuen werden mit Bildern und Versprechen perfekter, hochattraktiver und leistungsfähiger Körper dazu animiert, sich selbst permanent unter Druck zu setzen

⁶ Vgl. Fenner, Ist das gegenwärtige Schönheitshandeln auch gut?, 117.

Heranwachsende träumen oft vom „perfekten“ Körper. Dieser gilt als Rohmasse, der mit Hilfe der plastischen Chirurgie zu einem Ideal geformt werden kann.
© nemchinowa / iStock; Shao-Chun Wang / 123RF; belchonock / 123RF



DIE MATERIALIEN

zu diesem Beitrag finden Sie als pdf-Datei im Downloadbereich auf der Website des RPI unter www.rpi-loccum.de/pelikan



”

Religions-
unterricht und
Konfiarbeit
können die
Körper-
orientierung
hinterfragen,
die gesell-
schaftlichen
Erwartungen an
die körperliche
Selbst-
optimierung
auffangen
und ethisch
reflektieren.

“

und zu verschönern.“⁷ Ethisch muss nachgefragt werden, wie selbstbestimmt der mode- und trendbewusste Mensch eigentlich ist. Jugendliche unterwerfen sich schnell dem Diktat internalisierter Schönheitsstandards und gesellschaftlichen Normierungen, sodass bei ihnen im Hinblick auf ästhetische Interventionen nicht von einer autonomen Entscheidung per se ausgegangen werden kann. Vor allem Heranwachsende als vulnerable Persönlichkeiten sind einem starken Anpassungsdruck ihrer Peergroups ausgesetzt, wenngleich das Individuum entscheidet, eine Zahnsperre zu tragen oder im Fitnessstudio einen hypermaskulinen Körper auszubilden. Die Arbeit am Körper ist en vogue und stellt ein ambivalentes Phänomen zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung dar. Der Wunsch nach und die bewusste Auseinandersetzung mit ästhetischer Chirurgie steigt.

Die Suche nach Ich-Identität als Weg zur eigenen Ich-Annahme

Jugendliche möchten über ihren Körper autonom bestimmen, diesen individuell und dennoch zugleich an die Masse angepasst gestalten. Moderne Individualität wird darin deutlich, dass Jugendliche sich in ihrer sozialen Welt immer wieder neu positionieren müssen. Dabei stellt der Körper ein probates Mittel dar und gilt als Visitenkarte.⁸ Das aktive Streben nach Perfektion gehört zur adoleszenten Selbstverwirklichung. Ein Blick in Jugendzeitschriften, Social Network Sites und Video Tutorials zeigt die Beschäftigung mit dem Schönheitshandeln sehr deutlich. Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (VDÄPC) warnt vor dem aktuellen Trendthema „Selfie“: Heranwachsende (zwischen 18 und 25 Jahren) möchten immer mehr so aussehen wie ihr mit Software bearbeitetes Selfie. Diese bearbeiteten Bilder verschieben bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Wahrnehmung des eigenen Aussehens, was zu unrealistischen Vorstellungen führt und dazu, dass die virtuelle Schönheit nicht mehr mit der medizinischen Realität übereinstimmt.⁹ Aktuell sei bei Jugendlichen der Trend zur kleinen Nase zu beobachten. Insbesondere Mädchen äußerten den Wunsch, sich ihre Nase verkleinern zu lassen, was wohl im Zusammenhang mit der typischen Selfie-

Perspektive steht: Das Smartphone wird zum Spiegel und das Foto nur verbreitet, wenn sich eine temporäre Zufriedenheit einstellt. Selfies sind gegenwärtig im Trend, stellen idealisierte Selbstbilder dar und bieten Anlass, „darüber nachzudenken, welche Differenzen es zwischen dem eigenen Körper und dem ‚Ich‘ gibt, wie man sich selbst sieht und wie andere einen sehen.“¹⁰ Das Feedback durch „Likes“ und die Anerkennung des vermeintlich Schönen durch andere ist für Jugendliche bedeutsam. In der Folge ist das Bemühen um Anerkennung an die körperliche Praxis gebunden und geht mit Selbstbestimmung einher.

Selbstbestimmung wiederum bedeutet, über den eigenen Körper verfügen zu können. Die Wahrnehmung changiert dabei zwischen der Entdeckung des natürlich gegebenen Körpers und der Suche nach einem Körper jenseits der gegebenen Natur. Beide Pole beschreiben eine Praxis der Selbstermächtigung mit dem Ziel der Anerkennung.

In den Vordergrund rückt der „jederzeit“ durch Operationen veränderbare Körper. Die Bereitschaft zur Flexibilität und Korrekturoffenheit signalisiert eine signifikante Körperorientierung, die mit einer Identitätsarbeit und den großen und zutiefst intrinsischen Fragen „Wer bin ich?“ oder „Wer möchte ich sein?“ einhergeht. Doch was heißt es, wenn immer mehr Menschen sich ihren Körper mithilfe der ästhetischen Chirurgie nach einem bestimmten Ideal designen lassen? Religionsunterricht und Konfiarbeit können dies hinterfragen, die gesellschaftlichen Erwartungen an die körperliche Selbstoptimierung auffangen und ethisch reflektieren. In diesem Zusammenhang wird der Rechtfertigungstopos sichtbar, der den Menschen in seiner Fehlbarkeit betrachtet. Demnach erfolgt die Vollendung allein durch Gott und nicht durch den menschlichen Perfektionismus. In dem andauernden Streben nach Anerkennung zeigt sich ein anthropologisch-existenzielles Grundthema der Rechtfertigungslehre. In Anlehnung an die Überlegungen von Manfred L. Pirner¹¹ lässt sich der Rechtfertigungstopos als eine Form der Theologie der Anerkennung anhand von drei Dimensionen skizzieren:

1. *Anerkennung als Beachtung*: Im Vordergrund steht das Wahrgenommen-Werden bzw. Beachtet-Werden des individuellen Menschen in seiner Fragmentarität.
2. *Anerkennung als Achtung*: Von Gott wird jeder Mensch in seiner Einmaligkeit ange-

⁷ Ebd., 111.

⁸ Vgl. Villa, *Prekäre Körper in prekären Zeiten*, 70.

⁹ Vgl. DGAPC-Statistik 2018-2019.

¹⁰ Gojny, *Mir gegenüber – vor aller Augen*, 29.

¹¹ Vgl. Pirner, *Rechtfertigung/Gnade*.

nommen. Es geht um die vorbehaltlose Achtung und Anerkennung des Menschen.

3. *Erkennende Anerkennung*: Gott erkennt jeden Menschen mit seinen Stärken und Schwächen an. Menschen dürfen sich selbst gegenüber ehrlich sein und kleine Schönheitsfehler und Makel eingestehen.

Im Vordergrund steht der fragmentarische und von Gott anerkannte Mensch. Durch die gezielte Erarbeitung können Heranwachsende dazu sensibilisiert werden, nicht unrealistischen Idealen nachzueifern, sondern Mut zur Abweichung und Individualität zu entwickeln, sich in ihrer individuellen, gerade hier: äußerlichen Geschöpflichkeit anzunehmen und sich dabei selbst vom Optimierungsstreben freizusprechen. Im Sinne der christlichen Rechtfertigungslehre wird der Mensch mit seinen Mängeln angenommen und von Gott geliebt, ohne sich für die Schönheit unters Messer legen zu müssen.

Ästhetische Chirurgie stellt somit kein Tabuthema mehr dar, sondern kann mit Konfirmand*innen und heranwachsenden Schüler*innen ethisch sensibel und reflektiert – jenseits einer moralischen Ächtung – bearbeitet werden (siehe dazu auch die Download-Materialien). ◆

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Hg.): DGAPC-Statistik 2018-2019. Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, Berlin 2019

Fenner, Dagmar: Ist das gegenwärtige Schönheits Handeln auch gut? Eine kritische Analyse der ethischen Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen. In: ETHICA 25 (2017), 99-123, hier 99f.

Gojny, Tanja: Mir gegenüber – vor aller Augen. Selfies als Zugang zu anthropologischen und ethischen Fragestellungen. In: dies./Kürzinger, Kathrin S./Schwarz, Susanne (Hg.): Selfie – I like it. Anthropologische und ethische Implikationen digitaler Selbstinszenierung. Stuttgart 2016, 15-40

Pirner, Manfred L.: Rechtfertigung/Gnade. In: ders./Simojoki, Henrik / Körtner, Ulrich H.J. (Hg.): Theologische Schlüsselbegriffe. Subjektorientiert – biblisch – systematisch – didaktisch, Göttingen 2019, 329-341.

Viehhöfer, Willy / Wehling, Peter: Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, Bielefeld 2011

Villa, Paula-Irene: Prekäre Körper in prekären Zeiten – Ambivalenzen gegenwärtiger somatischer Technologien des Selbst. In: Mayer, Ralf (Hg.): Inszenierungen und Optimierung des Selbst, Wiesbaden 2013, 57-73.



DR. CAROLINE TESCHMER ist

Vertretungsprofessorin für Religionspädagogik und Didaktik des Religionsunterrichts an der Universität Hamburg

CHRISTINA HARDER

Darf der Mensch alles, was er kann?

Mensch, Medizin und Gentechnik: Ethische Urteilsbildung am Beispiel des Films *Frozen Angels*.

Eine Unterrichtseinheit für den Sekundarbereich I (9./10. Jahrgang)

Es ist in Kalifornien leichter, eine Samenbank zu eröffnen als eine Pizzeria¹, meint der kalifornische Talk-Radio-Moderator Bill Handel. Er ist außerdem Inhaber der weltgrößten

Agentur für Leihmütter und Eizellenspenderinnen. Bill Handel weiß, wovon er spricht. Viele Kund*innen kommen aus Ländern, in denen strenge Gesetze den neuen Möglichkeiten der modernen Medizin- und Gentechnik (noch) Grenzen setzen, so wie in Deutschland das Embryonenschutzgesetz. Längst ist Kalifornien also nicht mehr nur das Paradies für Surfer, Stars

¹ Bill Handel, zitiert nach dem offiziellen Filmheft zu *Frozen Angels*, 3.



Frozen Angels

D / USA 2005,
35mm, 90 min.;
Buch & Regie: Frauke
Sandig und Eric Black;
Produktion: Umbrella
Films in Koproduktion
mit ZDF und Indepen-
dent Television Service.

DVD 2006
FSK: Freigegeben ab
12 Jahren gemäß §14
JuSchG
Sprachen: Englisch
Untertitel: Deutsch
ab 5,00 €.

und Sternchen, sondern auch das Wunderland der künstlichen Kindererzeugung, der Gen- und Medizintechnologien.

Frozen Angels ist ein deutsch-amerikanischer Film von Frauke Sandig und Eric Black, der von Pionieren einer lukrativen Traumfabrik – wie Bill Handel – erzählt. Sie verheißt dem modernen Menschen perfekt modellierte Kinder. Wissenschaftler, Juristen, Eizellenspenderinnen, Leihmütter, Samenbankdirektoren, unfruchtbare Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, renitente Wunschkinder aus der Retorte – sie alle erlauben einen Einblick in eine Zukunft, die längst begonnen hat. *Frozen Angels* erscheint wie eine surreale Science-Fiction, die im Land der unbegrenzten Möglichkeiten bereits Realität ist. Es ist ein außergewöhnlicher Film mit überraschend montierten Szenen, mit humorvollen Zwischentönen, erzählt im amerikanischen Originalton mit deutschen Untertiteln.

Ethische Perspektiven

„Wir stehen vor einem riesigen ethischen Dilemma (...). Wo sollen die Grenzen der Selektion gezogen werden? Bekommt man nicht schon beim Begriff Selektion eine Gänsehaut angesichts der Geschichte des 20. Jahrhunderts? Denn darum geht es. Um ein wissenschaftlich begründetes menschliches Selektionsverfahren.“² Das sind nachdenkliche Worte aus dem Munde Bill Handels, der selbst gute Geschäfte mit der künstlichen Kindererzeugung macht. Allerdings reagiert er auf das Thema Selektion und Entsorgung ‚defekter‘ Embryonen mit unerwünschtem ‚Genmaterial‘ sensibel. Seine Großeltern wurden im Holocaust nämlich ebenfalls als ‚lebensunwertes‘ Leben ‚entsorgt‘. Aber – ist es überhaupt möglich, die Büchse der Pandora nur einen kleinen Spalt zu öffnen, ohne den ganzen Inhalt heraus zu lassen? Also: Was wollen wir? Wollen wir, dass der Mensch alles darf, was er kann? Um diese Frage geht es in der hier vorgestellten Unterrichtssequenz zu dem Film *Frozen Angels*.

Im Kern geht es um die unantastbare Menschenwürde, im Kontext der künstlichen Kindererzeugung um die konkrete Frage: Ist ein menschlicher Embryo bereits eine *Person* mit unantastbarer Würde und unantastbarem Lebensrecht? Bei der Antwort auf diese Frage stehen sich meistens zwei Seiten unversöhnlich gegenüber. Die eine Seite geht von einer absoluten Schutzwürdigkeit des Embryos vom

Anfang der Zeugung aus, die andere bestreitet diese.³

Der australische Philosoph Peter Singer gehört zu den prominentesten Vertretern jener Seite, die Embryonen kein unantastbares Lebensrecht zusprechen. Er argumentiert utilitaristisch⁴ und kann der teleologischen Ethik zugeordnet werden.⁵ Die Forschung an Embryonen stelle der Menschheit bedeutende medizinische Fortschritte in Aussicht, meint er, habe deshalb einen wesentlich größeren *Nutzen* als der Schutz jedes einzelnen Embryos. Er hält diese Forschung für *nützlich* und deshalb unbedingt für ethisch vertretbar.⁶ Singer behauptet: „Sobald wir bereit sind, uns von einem Weltbild zu befreien, das auf einigen spezifisch religiösen Prämissen beruht, werden wir einsehen, dass der frühe Embryo kein Recht auf Leben haben kann.“⁷ Er knüpft am Speziesargument an und bestreitet, dass allein aus der Zugehörigkeit zur biologischen Gattung *homo sapiens* ein unantastbares Lebensrecht abgeleitet werden könne. Vielmehr müssten, so seine Argumentation, jene Merkmale hinzukommen, die gemeinhin als die entscheidenden Unterschiede zwischen Mensch und Tier erkannt werden: die geistigen und kognitiven Fähigkeiten, um sich *selbst* als eine *Person* mit Vergangenheit und Zukunft bewusst zu sein (=Selbst-Bewusstsein). Erst dann sei der Mensch eine *Person* mit unantastbarer Würde.⁸ „Der frühe Embryo besitzt keine geistigen Fähigkeiten, die Mitglieder unserer Art von Mitgliedern anderer Arten unterscheiden.(...) Man kann daher berechtigterweise annehmen, dass er über kein größeres Bewusstsein verfügt als, sagen wir, ein Salatblatt.“⁹

Zahlreiche Vertreter der anderen Seite, die zwar nicht immer von einer absoluten, jedoch grundsätzlichen Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos ausgehen, stehen in der Tradition der Moralphilosophie Immanuel Kants und damit der *deontologischen Ethik*.¹⁰ Kant forderte, dass jedes moralische Handeln einem strengen Verallgemeinerungsprinzip folgen müsse. Dieses Prinzip spiegelt sich in Kants

³ Vgl. zu den Argumenten: Wiesemann u.a.: Die Frage nach dem moralischen Status eines Embryos, 32

⁴ Utilitarismus: *utilitas* (lat.) = Nützlichkeit, Brauchbarkeit; *utilis* (lat.) = nützlich, brauchbar

⁵ *To telos* (griech.) = das Ziel; Vgl. zur Erläuterung: Lebensfragen, Begleitheft, 2

⁶ Vgl. Singer: Aufklärung und Kritik, 312f.

⁷ Ebd.

⁸ Vgl. Ebd.

⁹ Ebd., 313.

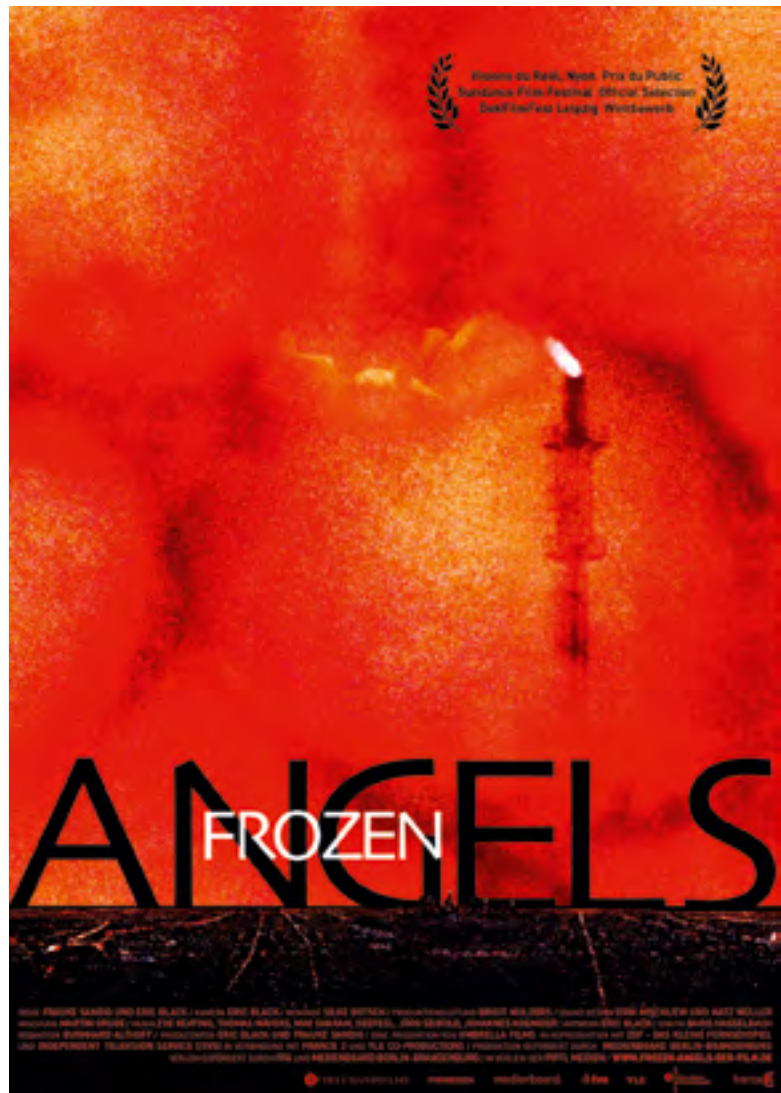
¹⁰ *To deon* (griech.) = das Erforderliche, die Pflicht; Vgl. zur Erläuterung: Lebensfragen, Begleitheft, 2.

² Ebd., 2

*Menschheitszweckformel*¹¹ und *Kategorischem Imperativ*¹² wider. Mit der Menschheitszweckformel stellt Kant klar, dass die unantastbare Menschenwürde einer einzelnen *Person* grundsätzlich mit der Vernunftfähigkeit der gesamten Menschheit zu begründen ist. Ob ein einzelnes menschliches Wesen entsprechende kognitive Fähigkeiten aufweist, spielt also keine Rolle. Mit dem Kategorischen Imperativ hat Kant zudem ein absolut gültiges Prinzip formuliert. Bei der Frage nach dem moralischen Status menschlicher Embryonen müsste auf Basis der Menschheitszweckformel und des Kategorischen Imperativs konkret gefragt werden: Kann ich wollen, dass es zu einem allgemeinen Gesetz wird, dass *Personen* einen Marktpreis haben und ‚entsorgt‘ werden dürfen?

Der deutsch-amerikanische Philosoph Hans Jonas ergänzte den Kategorischen Imperativ Kants angesichts der rasanten modernen technischen Entwicklungen um einen neuen Imperativ.¹³ Jonas' Ansatz folgt keiner streng deontologischen Argumentation mehr, sondern einer *verantwortungsethischen*, die den einzelnen Menschen vor die schwierige Aufgabe stellt, in jeder Situation neu nach den Folgen seines Handelns für zukünftiges echtes Leben auf der Erde zu fragen.

Sowohl Kant als auch Jonas versuchten in ihren Begründungen ohne religiöse Prämissen auszukommen. Sie stehen im Ergebnis jedoch den Grundsätzen des *christlichen Menschenbildes* nahe, aus dem sich sowohl eine streng deontologische Ethik als auch eine Verantwortungsethik herleiten lässt, weniger aber eine utilitaristische Ethik. Nach christlichem Verständnis ist jeder Mensch ab der Zeugung als ein *Ebenbild Gottes* eine unverwechselbare, von Gott gewollte *Person* und hat als solche ein unantastbares Lebensrecht. Das bedeutet im Ergebnis ähnlich wie bei Kant, dass jede Person immer als „Zweck an sich selbst“¹⁴ geachtet werden muss und nicht zu einem Objekt mit einen Marktpreis gemacht werden darf. Kardi-



Filmplakat
© Piffli Medien GmbH

nal Lehmann hat es mit Blick auf die Möglichkeiten der Medizin- und Gentechnik so zusammengefasst: „Es geht uns darum, dem Traum vom perfekten Menschen zu widersprechen – einem Traum, der letztlich zutiefst inhuman ist. Nur allzu schnell wird der Mensch, der immer ein unvollendetes und daher auch unvollkommenes Wesen ist, dabei zum Schadensfall, zur vermeidbaren Belastung oder zum untragbaren Versicherungsrisiko.“¹⁵

Die Leitfrage und das Thema

Die zentrale Frage der Unterrichtseinheit, ob der Mensch alles dürfe, was er kann, ist für die Schüler*innen grundsätzlich spannend, weil sie sich dadurch herausgefordert fühlen. Span-

¹¹ Sie lautet: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 251.

¹² Er lautet als Grundformel: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“. Kant, ebd.

¹³ Er lautet: „Handle so, dass die Wirkungen deiner Handlungen verträglich sind mit der Permanenz echten menschlichen Lebens auf Erden.“ Jonas, Das Prinzip Verantwortung, 318.

¹⁴ Nach der sog. „Selbstzweckformel“ Kants ist der Mensch als Person immer „Zweck an sich selbst“.

¹⁵ Kardinal Lehmann, zitiert nach: Lebensfragen. Begegnung, 4.



*Die Protagonisten
(v.l.n.r.): Bill Handel,
Rediomoderator
und Direktor der
weltgrößten Agentur
für Leihmütter und
Eispenderinnen; die
Juristin Lori Andrews;
Leihmutter Kim
Brewer, Eispenderin
Kari Ciechoski; Dr.
Cappy Rothman,
Gründer der
California Cryobank,
und der Bioethiker
Gregory Stock.
© Piffl Medien GmbH*

nend auch deshalb, weil viele Schüler*innen in diesem Alter allen technischen Möglichkeiten grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Zudem identifizieren sich manche Schüler*innen geradezu über ihre mathematisch-naturwissenschaftlichen Kompetenzen und ihre streng rationale Perspektive auf die Welt. Interessante Diskussionen entstehen dann, wenn andere Mitschüler*innen Skepsis gegenüber medizin- und gentechnischen Möglichkeiten anzeigen. Zur Aktivierung dieser erwünschten Diskussion der Frage „Darf der Mensch alles, was er kann?“ eignet sich der Film *Frozen Angels* deshalb sehr gut, weil er – wie oben beschrieben – Einblick in eine Zukunft gewährt, die in Kalifornien bereits begonnen hat. Schüler*innen reagieren auf diesen Film oft mit unglaublichem Staunen, weil diese scheinbar unbegrenzte Nutzung der gen- und medizintechnischen Möglichkeiten in Deutschland (noch) wie Science-Fiction wirkt.

Eine mögliche Anforderungssituation und Kompetenzen

Als Ausgangspunkt der Unterrichtseinheit lässt sich folgende Anforderungssituation denken: Nach den Sommerferien erzählt Malte begeistert von seinem Urlaub in Kalifornien: „Kalifornien ist wirklich ein Ort grenzenloser Freiheit. Da können sich Menschen sogar ein Kind nach Wunsch bestellen. Der Gedanke ist doch cool, dass nur noch intelligente und schöne Menschen geboren werden, keine kranken und behinderten Menschen mehr. Damit würde vielen Menschen Leid erspart bleiben und der Allgemeinheit viel Geld.“ Simon erwidert: „Dann wäre mein kleiner Bruder Timo nicht auf der Welt, wenn alle so denken würden wie du. Er hat Trisomie 21. Er ist in seiner Entwicklung zwar nicht so weit wie gleichaltrige Kinder, aber er steckt viele mit seiner Lebensfreude an. Der Gedanke ist schrecklich, dass Menschen wie er nicht

mehr auf die Welt kommen dürfen.“ Daraufhin entsteht die Idee, diese Diskussion im Religionsunterricht fortzusetzen.

In der vorliegenden Unterrichtssequenz werden folgende prozessbezogenen Kompetenzen¹⁶ vorrangig gefördert.

Die Schüler*innen

- beschreiben Situationen, in denen existenzielle Fragen des Lebens bedeutsam werden,
- setzen sich mit anderen über religiöse, ethische und weltanschauliche Fragen und Überzeugungen begründet auseinander,
- können den eigenen Standpunkt im religiösen und ethischen Dialog formulieren.

Gleichzeitig werden folgende inhaltsbezogenen Kompetenzen vorrangig gefördert:

Die Schüler*innen

- erörtern christliche Antworten auf Möglichkeiten und Grenzen menschlichen Handelns.
- beurteilen die Wahrung der Menschenwürde in Konfliktfällen.
- stellen eine christliche Position zu einem ethischen Konfliktfall dar und nehmen einen eigenen Standpunkt dazu ein.
- erklären sachgerecht, was unter einem Wertekonflikt zu verstehen ist und vertreten mögliche Konfliktlösungen argumentativ.
- erläutern, dass sie nach christlichem Verständnis als Teil einer Gemeinschaft zu verantwortlichem Handeln für sich und andere bestimmt sind.

Methoden, Sozialformen und Binnendifferenzierung

Ziel der Unterrichtssequenz ist eine dialektische Diskussion am Ende eines Reflexionsprozesses.

¹⁶ Die Kompetenzformulierungen sind dem Niedersächsischen Kerncurriculum für Ev. Religion an der IGS entnommen.



ses jedes*r einzelnen Schüler*in. Diese wird in Form einer Fishbowl-Diskussion¹⁷ geführt. Die Schüler*innen diskutieren aus der Perspektive einer ausgewählten Filmperson oder aus einer bestimmten ethischen Perspektive.¹⁸

Damit die Fishbowl-Diskussion zielführend ablaufen kann, ist eine gründliche Vorbereitung auf den Film erforderlich; ebenso wie eine aktive Erarbeitung des Filminhaltes und eine schriftliche Fixierung der kontroversen Argumente und konkurrierenden Werte. Die Erarbeitung der Position einer ausgewählten Filmperson erfolgt jeweils in einer Kleingruppe. Die Erarbeitung von Fragen an die Filmpersonen auf Grundlage einer bestimmten ethischen Position findet in Zweierteams statt.

Die Kleingruppen und Zweierteams haben unterschiedliche Schwierigkeitsgrade zu bewältigen. Die Kleingruppen, die die Perspektive einer Filmperson einnehmen, arbeiten in erster Linie mit Filmzitaten und mit ihren eigenen Filmbeobachtungen. Anspruchsvoller sind die Aufgaben für die Interview-Teams. Sie haben jeweils eine ethische Position zu erarbeiten und daraus Fragen an die Filmpersonen zu formulieren. Die drei Interview-Teams sollten jeweils aus zwei Schüler*innen bestehen, die hohe Kompetenzen in Textverständnis und Schriftsprache haben.

Die Unterrichtssequenzen

¹⁷ Vgl. zur Methode Fishbowl-Diskussion: Mattes, Methoden, 114 und 254.

¹⁸ Allerdings dient die Form der Fishbowl-Diskussion hier der Konzentration der aktiven Diskussionsteilnehmer sowie der aktiven Beteiligung möglichst vieler Schüler*innen. Hierzu befinden sich jeweils ein*e Vertreter*in einer Filmperson sowie eines Interviewteams in der Mitte. Die anderen Schüler*innen beobachten die aktiven Diskutierenden, können aber jederzeit ihre Gruppenpartner in der aktiven Mitte ablösen. Die Lehrperson sollte den Diskussionsverlauf sowie die Wechsel der Diskutierenden vom aktiven in den passiven Status und umgekehrt moderieren und ggf. gezielt anregen.

Vorbereitung auf den Film (2 Unterrichtsstunden)

Bevor die Schüler*innen sich in die Kleingruppen und Zweierteams aufteilen und mit ihren Aufgabenstellungen den Film ansehen, sollten sie eine erste Orientierung erhalten, welche grundsätzlichen ethischen Argumentationsmodelle es gibt. Nachdem sie mit dem Thema und der Fragestellung der Unterrichtseinheit bekannt gemacht worden sind, nehmen Sie erste eigene Standpunkte dazu ein – und zwar im wahrsten Sinne des Wortes. Das Material **M 1** enthält verschiedene Zitate. Diese Zitate werden im Klassenraum ausgelegt und laut vorgelesen. Die Schüler*innen stellen sich nun zu dem Zitat, dem sie spontan zustimmen. Sie werden dann von der Lehrperson gebeten, ihren Standpunkt zu begründen. Anschließend versuchen die Schüler*innen, ihre Standpunkte einem der ethischen Grundmodelle (**M 2**) zuzuordnen. Nach der Ergebnissicherung wird der Film vorgestellt und die Gruppen bzw. Teams werden eingeteilt.

Arbeit mit dem Film (6 bis 8 Unterrichtsstunden)

Die Gruppen bzw. Teams erhalten ihre Informations- (**M 3**) und Rollenkarten (**M 4**), dazu ihre konkreten Aufgaben (**M 5**). Die Kleingruppen, die die Perspektive einer ausgewählten Filmperson einnehmen sollen, erhalten darüber hinaus einen unausgefüllten Steckbrief (**M 6**) sowie Filmzitate (**M 7**) und ein Foto (**M 8**) für ihre Filmperson. Die Schüler*innen machen sich mit der Rolle vertraut, die sie einnehmen werden, und bearbeiten dazu Aufgabe 1, bevor der Film startet.¹⁹

¹⁹ Der Film muss nicht komplett abgespielt werden. Die Positionen der Filmpersonen können erfasst werden, wenn der Film bis 59:37 (Kap.8) und abschließend von 1:16:45 bis 1:22:50 (Kap.11) angesehen wird.



DIE MATERIALIEN

zu diesem Beitrag finden Sie als pdf-Datei im Downloadbereich auf der Website des RPI unter www.rpi-loccum.de/pelikan



Nach dem Film erarbeiten die Schüler*innen in ihren Arbeitsgruppen bzw. Teams die Argumente der Personen, deren Standpunkte sie in der Diskussion einnehmen werden. Dazu bearbeiten sie die Aufgaben auf dem Aufgabenzettel (**M 5**). Es ist wichtig, dass zwischen den Kleingruppen und den Interview-Teams bereits in der Erarbeitungsphase ein Austausch stattfindet. Alle Gruppen und Teams sollten sich zudem auf die möglichen Gegenargumente zu ihrer Position vorbereiten. Dazu erhalten sie eine Pro- und Contra-Tabelle (**M 9**), in die sie ihre eigenen Argumente, aber auch die Gegenargumente eintragen. Darüber hinaus müssten insbesondere den Interview-Teams Materialien zur Verfügung gestellt werden, mit denen sie ihre ethische Position erarbeiten können.²⁰

Fishbowl-Diskussion, Ergebnissicherung und Ausblick (2 Unterrichtsstunden)

Wenn die Interview-Teams ihre Fragen an die Filmpersonen formuliert und den jeweiligen Kleingruppen einmal vorgelegt haben, dann kann die Fishbowl-Diskussion starten. Die Gruppen und Teams bestimmen, wer von ihnen im aktiven Diskussions-Status beginnt. Ratsam sind Absprachen, wer wen wann ablöst, so dass am Ende möglichst viele Schüler*innen einmal in der aktiven Diskussionsmitte gesessen haben.

Nach der Diskussion werden alle Teilnehmer aus ihren Rollen entlassen. Zur Ergebnissicherung könnten die Schüler*innen beispielsweise die Aufgabe erhalten, an einen der beiden in der Anforderungssituation genannten Schüler, Malte oder Simon, einen kurzen Brief zu schreiben.

Auf dieser Grundlage könnten zu der Fragestellung der Unterrichtssequenz weitere Beispiele der modernen Medizin und Gentechnik thematisiert werden, wie z. B. die Organspende. Spannend wäre zu sehen, ob die Schüler*innen bei einem anderen konkreten Thema ihren ethischen Grundsätzen treu bleiben. ◆



CHRISTINA HARDER

ist Dozentin am RPI Loccum für die religionspädagogische Ausbildung im Vikariat und leitet die Redaktion des Loccumer Pelikan.

²⁰ Empfehlenswert sind die entsprechenden Informationen in: Lebensfragen. Begleitheft, 2-5.16f sowie im Schülerheft, 4-8.12-19. Sehr gut zur Erarbeitung der Ethik des Utilitarismus und der deontologischen Ethik Kants auch: Lebenswert Bd. 3, 8f.

Literatur

- Aktion Mensch** (Hg.): Lebensfragen, Kontroversen zur Bioethik, Unterrichtsmaterial, Schülerheft und Begleitheft für Lehrer*innen, Bonn/ Berlin o.J.; www.gen-ethisches-netzwerk.de/dezember-2016/lebensfragen-kontroversen-zur-bioethik
- Frozen Angels**. Presseheft zum Film; www.frozen-angels-der-film.de/html/download.html
- Jonas**, Hans: Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt a. M. 1984; zitiert nach: Philos. Philosophieren in der Oberstufe, Paderborn 2010
- Kant**, Immanuel: Die Grundlegung der Metaphysik der Sitten. Hg. v. Theodor Valentiner, Stuttgart 1996; zitiert nach: Philos. Philosophieren in der Oberstufe, Paderborn 2010
- Mattes**, Wolfgang: Methoden für den Unterricht, Paderborn, 3. Auflage 2012
- Singer**, Peter: Aufklärung und Kritik, Sonderheft 1/1995, Gesellschaft für kritische Philosophie e.V., Nürnberg 1995 (www.gkpn.de); zitiert nach: Philos. Philosophieren in der Oberstufe, Paderborn 2010
- Wiesemann**, Claudia / Biller-Andorno, Nikola: Die Frage nach dem moralischen Status eines Embryos, in: dies. (Hg.), Medizinethik, Stuttgart 2005; zitiert nach: Philos. Philosophieren in der Oberstufe, Paderborn 2010
- Peters**, Jörg / Peters, Martina / Rolf, Bernd (Hg.): LebensWert. Unterrichtswerk für das Fach Werte und Normen in Niedersachsen, Bd. 3 für die Jahrgangsstufen 9/10, Bamberg 2013

Weblinks

- Argos-Institut** für gesellschaftswissenschaftliche Studien, praktische Philosophie und Bildung, Münster, www.buergernetz.muenster.de/argos/index.html
- Bioethik-Diskurs**, www.bioethik-diskurs.de
- DFG-Projekt** Kulturübergreifende Bioethik, www.ruhr-uni-bochum.de/kbe/
- Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft** (IMEW), www.imew.de
- Kompetenznetzwerk Stammzellforschung** NRW, www.stammzellen.nrw.de
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik**, www.gfhev.de
- Gen-ethisches Netzwerk e.V.** (vermittelt Informationen und Kontakte zum Thema Gentechnologie und Fortpflanzungsmedizin), www.gen-ethisches-netzwerk.de
- Interessengemeinschaften Kritische Bioethik** Deutschland (bietet Sammlung von Informationsmaterialien zu bioethischen Themen), www.kritischebioethik.de
- Zentrum für Gesundheitsethik** an der Evangelischen Akademie Loccum (ZfG), www.zfg-hannover.de

KIRSTEN RABE

„Ich mache einen Entwurf von ihm und Sorge, dass er ihm ähnlich wird.“

Kosmetische Operationen bei angeborenen Varianten der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Unterrichtsbausteine zu einer medizinethischen Anfrage für die Jahrgänge 10-13

Bertolt Brecht wird bei seiner kurzen Anekdote „Wenn Herr K. einen Menschen liebte“¹ vermutlich nicht an einen Menschen gedacht haben, dessen körperliche Geschlechtsmerkmale nicht in die binäre Einteilung in Männlich und Weiblich passen.² Zwischen 1935 und 1955, als Brechts „Geschichten vom Herrn K.“ entstanden, war der gesellschaftliche, politische und medizinische Umgang mit diesen Menschen vor allem eines: zerstörerisch.

Und doch ist Brechts Beobachtung, dass Menschen im Umgang miteinander Bilder entwerfen, diese Bilder sich selbst und dem Gegenüber als Orientierungspunkt und Maßstab setzen, unweigerlich präsent, wenn man sich mit kosmetischen Operationen bei angeborenen Varianten der körperlichen Geschlechtsmerkmale beschäftigt.

Brechts Geschichte fragt nach dem Umgang mit dem Menschen, den man liebt. Eine Liebe zum Menschen wird bzw. kann bei einem*er Mediziner*in zum Berufsethos gehören, wird für die Entscheidungsfindung kosmetischer Operationen aber eine untergeordnete Rolle spielen. Die Liebe zum Menschen wird vor allem bei Eltern zu dem Argument, wenn sie darüber entscheiden müssen, ob an ihrem

Kind entsprechende Operationen vorgenommen werden sollen.

Sprache und Wirklichkeit

„Die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit strukturiert die soziale Wirklichkeit. ‚Männer‘ und ‚Frauen‘ werden auf unterschiedlichen Ebenen (Politik, Wissenschaft, Medizin, Recht, Kultur, Gesellschaft) und auf unterschiedlichste Weise (Sprache, Handeln, Repräsentationen) als unhinterfragbare Norm gesetzt. Dabei spielt der Verweis auf die ‚Natur‘ des vermeintlich binären Geschlechtermodells eine zentrale Rolle, indem nicht nur eine bestimmte Geschlechterordnung anerkannt, sondern auch bestimmte Geschlechtskörper aberkannt werden.“³

Diese Zuordnungen spiegeln sich konsequent in der medizinischen Fachsprache. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) haben bis vor wenigen Jahren von „Störungen der sexuellen Differenzierung“ gesprochen, von einer „kosmetischen Korrektur“ eines „uneindeutigen Genitals“.⁴ Recherchiert man aktuell in diesem Kontext medizinische Fachbegriffe, findet sich grundsätzlich defizitorientiertes Vokabular. Es ist die Rede von „Fehlbildung“, „Missbildung“, von „anatomischen Auffälligkeiten“, einer „Fehlver-

¹ »„Was tun Sie“, wurde Herr K. gefragt, „wenn Sie einen Menschen lieben?“ „Ich mache einen Entwurf von ihm“, sagte Herr K., „und Sorge, dass er ihm ähnlich wird.“ „Wer? Der Entwurf?“ „Nein“, sagte Herr K., „Der Mensch.“«, Brecht: Geschichten vom Herrn Keuner, 33.

² Zum Begriff „nicht-binär“ s. beispielsweise <https://100mensch.de/lexikon/nicht-binaer>.

³ Katja Sabisch in ihrem Vorwort zu Klöppel: Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter, 1.

⁴ Vgl. Klöppel: Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter, 10.



Aufkleber in einer Bar
in Lugano, Schweiz.
© Delia Giandeini/
Unsplash

teilung“ von Chromosomen, „Erkrankung“, dem „Fehlen von ...“. Deutlich wird: Es bedarf der Korrektur, um zum „normalen“ Chromosomensatz oder „normativen“ Erscheinungsbild zu gelangen und als „gesund“ zu gelten.

Dieses noch immer defizitorientierte Vokabular überrascht, wenn man bedenkt, dass medizinische Fachgesellschaften sich seit einigen Jahren um Veränderungen ihrer Leitlinien bemühen. So wird inzwischen (immerhin in der zweiten Variante positiv) von „Disorders (Differences) of Sex Development“ (DSD) gesprochen, übersetzt: „Störungen/Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung“. Seit 2016 sprechen die DGU, die DGKCH und die Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) in ihren Leitlinien von „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (VG).⁵ Entsprechend zeigt sich in den Leitlinien und Empfehlungen nicht nur ein vorsichtiger Veränderungsprozess in der Sprache. Auch die Entscheidungsfindung für oder gegen eine konkrete Operation solle durch „Zurückhaltung“ und sorgfältige „Abwägung unterschiedlicher Optionen“ gekennzeichnet sein. U.a. der Deutsche Ethikrat machte 2012 „den Aufschub solcher Eingriffe bis zur Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen“ stark.⁶

Diese unterschiedlichen Leitlinien und Empfehlungen sind rechtlich nicht bindend. Und so zeigen nicht nur empirische Studien zur klinischen Praxis, dass sich trotz neuer Leitlinien die Praxis der Operationen kaum verändert hat.

Auch Stellungnahmen zum aktuellen „Referententwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen“ des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (Referat Kindschaftsrecht) und zahlreiche biografische Beispiele machen deutlich, dass hier nach wie vor ein ethisches Konfliktfeld und großer Handlungsbedarf liegen.

Feminisierungsoperationen und Maskulinisierungsoperationen

Die Thematik geschlechtsverändernder Operationen ist medizinisch und juristisch, aber auch psychologisch und ethisch hoch komplex. Unter eine VG-Diagnose fallen zahlreiche und sehr unterschiedliche Diagnosen:

- Die bekannte Chromosomenverteilung XX bzw. XY kann verändert sein. Es gibt Menschen mit dem Chromosomensatz XXX oder XXY, auch Menschen, die mit den Sätzen XX und XY geboren werden.
- Die Gonaden, also die Hoden und Eierstöcke, können dem Chromosomensatz widersprechen; sie können fehlen oder an einer anderen Stelle im Körper gewachsen sein (z. B. Hodenhochstand).
- Äußere wie innere Geschlechtsmerkmale können vollständig fehlen, in ungewohnter Kombination auftreten oder auch anders entwickelt sein als erwartet.

Allen VG-Diagnosen ist gemeinsam, dass innere bzw. äußere Geschlechtsmerkmale nicht der gesetzten Norm entsprechen und eine klare Zuordnung zum männlichen bzw. weiblichen Geschlecht erschwert bzw. nicht möglich ist. Alle Operationen, die im Kontext einer VG-Diagnose stattfinden, dienen letztlich einer klaren binären Zuordnung, egal, ob es sich um die plastische Rekonstruktion von zu klein gewachsenen Geschlechtsorganen handelt oder um die Entfernung der Hoden, damit das intersexuelle Kind sich zum Mädchen entwickeln kann. Man spricht hier von Feminisierungs- und Maskulinisierungsoperationen.

Ethische Anfragen

Intersexualität ist eine Unterkategorie der VG-Diagnosen.⁷ Dabei gibt es „die“ Intersexualität

⁵ Vgl. ebd., 10ff.

⁶ Alle Nachweise ebd., 11f.

⁷ In der medizinischen Diagnose-Klassifikation wird unter dem Code Q 56 von „Unbestimmtes Geschlecht

nicht. Für intersexuelle Menschen, ihre Angehörigen und letztlich auch ihre Ärzt*innen ist die Frage einer Operation in besonderer Weise eine persönliche ethische Herausforderung. Als irreversible Eingriffe in den Körper und damit die Psyche und sexuelle Identität eines Menschen sind sie Ergebnis einer Entscheidung für ein Geschlecht. Vor allem folgende Aspekte zeigen das ethische Konfliktpotenzial dieser Entscheidungsfindungen – insbesondere bei Intersexualität, letztlich aber bei jeder Femininisierungs- und Maskulinisierungsoperation:

Zeitpunkt

Diese Operationen werden in den allermeisten Fällen bei Kindern zwischen 0 und 10 Jahren vorgenommen. Diese Kinder können die Entscheidung über ihren Körper und ihre Identität also nicht selbst treffen.

Überforderung der Eltern

Eltern, die diese Entscheidung für oder gegen eine Operation treffen, müssen im Wesentlichen auf die Expertise der betreuenden Ärzt*innen vertrauen. Wie können Eltern wissen, was das Beste für ihr Kind ist, wenn sie sich mit der Situation überfordert fühlen und auch die Folgen der Operation für die Entwicklung des Kindes und seiner Identität nicht absehen können?

Erwartungshaltungen durch ein binäres Geschlechterverständnis

In medizinischen wie in gesellschaftlichen Köpfen gilt nach wie vor die binäre Norm von Männlich und Weiblich als Richtschnur. Damit einher gehen Erwartungshaltungen an Kinder, Eltern und auch Mediziner. Vor allem dieses Kriterium für kosmetische Operationen und die Verortung der Entscheidungsgewalt sind heftig umstritten. Der Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V. beispielsweise prangert im Februar 2020 in seiner Stellungnahme zum aktuellen Gesetzentwurf die „medizinische Deutungshoheit“ an und konstatiert: „Generell ist anzumerken, dass die Deutungen, was männlich, weiblich, intergeschlechtlich ist, in den Ausführungen des Referentenentwurfs verfassungswidrig ausgelegt werden [...] Sie spiegeln althergebrachte traditionelle Vorstellungen von Geschlecht wider, die

auch heutzutage im medizinischen Berufsstand verbreitet sind. [...] Die Darstellungen [...] spiegeln nicht die Lebenswirklichkeit von intergeschlechtlich geborenen Menschen wieder. [...] Durch diese Abgrenzung werden Operationen an den äußeren Geschlechtsmerkmalen legitimiert, indem Abweichungen [...] als Fehlbildungen deklariert werden.“⁸

Wie ist es zu beurteilen, wenn die Angst der Eltern vor einer Diskriminierung ihres Kindes dazu führt, dass sich das Kind, nicht aber Gesellschaft verändern muss? Und was bedeutet es für Mediziner*innen, wenn sie in Frage stellen, was doch so lange als „richtig“ galt und noch immer gilt?

Krebsprognose und Gonadektomie⁹

Grundsätzlich und von allen Seiten unstrittig sind Operationen in einer die Gesundheit und das Leben eines Kindes gefährdenden Situation. Allerdings herrscht in Bezug auf mögliche Krebsgefahren durch abweichend entwickelte oder zusätzlich vorhandene Gonaden (Hoden oder Eierstöcke) kein medizinischer Konsens. Wer übernimmt die Verantwortung für eine Krebsprognose? Und: Kann die Angst vor einer Krebserkrankung rechtfertigen, Menschen die Möglichkeit einer biologischen Elternschaft zu nehmen? Der Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V. fordert das uneingeschränkte Verbot, Keimdrüsen/Gonaden zu entfernen und mahnt an: „Mindestens zwei Generationen von XY-Frauen wurden systematisch kastriert und unter medizinisch nicht belegbaren „Entartungsbehauptungen“ der entfernten Organe unfruchtbar gemacht. [...] Diese archaischen und gewaltbelasteten Handlungen entwürden die betroffenen Menschen und ihre Partner_innen/Angehörigen ein Leben lang. [...] Die im Referentenentwurf dargelegte Deutungshoheit ist mitverantwortlich für die Genitalverstümmelungen, Kastrationen, Sterilisationen von Menschen mit intergeschlechtlichen Potenzialen.“¹⁰

Bausteine für den Unterricht

Die Auseinandersetzung mit kosmetischen Operationen bei angeborenen Varianten der körperlichen Geschlechtsmerkmale lässt sich unterrichtlich in Fragen nach Schöpfung, Anth-



Das belgische Model Hanne Gaby Odiele, ist intersexuell. Es wurde mit männlichen XY-Chromosomen sowie internen Hoden geboren, die ihre Eltern operativ entfernen ließen, als Odiele zehn Jahre alt war.

© abaca / picture alliance

und Pseudohermaphroditismus“ gesprochen. Die Kategorie Q 56 wird noch weiter differenziert in Q 56.0-Q 56.4. Auch weitere Kategorien wie beispielsweise das Turner-Syndrom und Klinefelter-Syndrom können mit einem Intersex einhergehen.

⁸ Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V.: Stellungnahme, 6f.

⁹ Entfernung der Hoden bzw. Eierstöcke.

¹⁰ Ebd., 6.



*„Ich als non-binäre Person fühle mich auch sehr unwohl bei dem Gedanken, einen Toilettenraum mit trans*feindlichen Menschen zu teilen.“*
René_Rain Hornstein (@HornsteinRene_)
May 2, 2020.
© Frank Duenzl / picture alliance

ropologie und Ethik verorten. Möchte man mit Schüler*innen in diese komplexe medizinethische Diskussion einsteigen, ist das nur in einer angemessenen didaktischen Reduktion möglich. In besonderer Weise bieten sich biografische Beispiele an, über die Schüler*innen einen Zugang zu diesem eher unbekannten Thema bekommen können. Mit **M 1** begegnen sie René_Rain Hornstein. In einem Interview vom April 2020 erzählt René_Rain von den persönlichen Erfahrungen, als nicht-binäre Person in einer Gesellschaft zu leben, die geprägt ist durch das binäre Verständnis von Männlich und Weiblich. René_Rain spricht im Interview Diskriminierungserfahrungen an, lässt sich aber nicht in eine Opferrolle drängen. Vielmehr lassen sich konstruktive Anstöße aus dem Gespräch herauslesen, wie den Herausforderungen nicht-binärer Menschen begegnet werden kann. Im Kontext des Interviews lässt sich mit Schüler*innen der Veränderungsprozess des Personenstandsgesetzes recherchieren und erörtern. Und schließlich bietet René_Rains Wunsch nach fairen Räumen für geschlechtliche Selbstbestimmung einen motivierenden Redeanlass auch über die Entwicklung persönlicher Identität in Familie, Schule und Gesellschaft.

Auch **M 2** bietet ein biografisches Beispiel, hier einer intersexuellen Person. Es lohnt sich, mit den Schüler*innen zunächst das kurze Video „Intersexuell: Ein Leben in der Tabuzone“ (4:10) unter planet-wissen.de anzuschauen, um einen Eindruck von Lynn D. zu bekommen, von der Jakob Kneser in seinem Bericht erzählt. Lynns Geschichte ermöglicht es den Schüler*innen, den Begriff Intersexualität einzuordnen und an

einem authentischen, sympathischen Beispiel nachzuvollziehen, welche gravierenden negativen Folgen die Entscheidung von Eltern für eine Operation haben kann. Lynns Eltern haben vor allem aus der Angst vor einer möglichen Krebserkrankung ihres Kindes einer Gonadektomie zugestimmt. Lynn sieht sich selbst aber als „grundlos verstümmelt“. Erschwerend kommt in diesem Fall hinzu, dass man Lynn ihr Leben lang verschwiegen hat, was geschehen war. Erst mit 20 Jahren habe sie im Rahmen einer Therapie erfahren, dass sie intersexuell sei.

Hilfreich an dem Bericht von Jakob Kneser sind auch die zusätzlichen, für Schüler*innen sprachlich gut nachvollziehbaren Informationen zum Kontext kosmetischer Operationen.

Die Seite planet-wissen.de bietet ein zweites Video an: „Unser Kind ist intersexuell“ (5:00) berichtet von einem niederländischen Elternpaar, das sich bewusst gegen eine Operation seines Kindes entschieden hat. Trotz der Angst vor einer möglichen Krebserkrankung, die bei den Eltern immer mitschwingt, soll Inge in Freiheit aufwachsen und mit der Möglichkeit, einmal selbst zu entscheiden, ob an ihrem Körper etwas verändert werden soll. Mit diesen Materialien lassen sich zahlreiche Argumente für die Diskussion herausarbeiten und Vergleiche ziehen, wie unterschiedlich Eltern ihre Entscheidungsprozesse durchlaufen.

M 3 gibt den Schüler*innen einen Einblick in aktuelle juristische Diskussionen. Nachdem sie sich im Kontext von M 1 bereits mit der Änderung des Personenstandsgesetzes beschäftigt haben, erkennen sie hier, welche Fragen sich noch dahinter auftun: Welche Normen und Bilder bestimmen das Denken vom Menschen? Wie viel Freiheit hat der Mensch? Und: Was ist verantwortliches Handeln?

Der Bundesverband Intersexuelle Menschen stellt hier den Schutz und die Würde aller Kinder ins Zentrum und wirft einen kritischen Blick sowohl auf Mediziner*innen als auch auf Eltern, die „ein makellostes Kind“ wünschen. Diese Kritik am Streben nach einer so genannten menschlichen Optimierung ließe sich in weiteren Unterrichtssequenzen anknüpfen an weitere medizinethische Fragen wie die der PID, PND und auch Schwangerschaftsabbruch.

Mit der Erarbeitung von M 1 bis M 3 begegnen die Schüler*innen deutlichen Anfragen an und Argumenten gegen kosmetische Operationen. Dennoch haben Argumente und Beispiele der Gegenseite ihren Raum. Insbesondere die Ängste von Eltern vor einer möglichen Krebserkrankung ihres Kindes und die daraus



DIE MATERIALIEN

zu diesem Beitrag finden Sie als pdf-Datei im Downloadbereich auf der Website des RPI unter www.rpi-loccum.de/pelikan



resultierenden Dilemmasituationen sowohl von Mediziner*innen als auch von Eltern werden in den Materialien sehr ernst genommen. Ob eine Operation als Reaktion auf die Ängste vor einer möglichen Diskriminierung des Kindes der richtige Weg ist, sei allerdings zur Diskussion gestellt.

M 4 schließlich bietet Zitate an, über die es den Schüler*innen möglich ist, das neu Erfahrene und Kennengelernte noch einmal um-zudenken. Zentrale Aspekte, über die auch Rückbindungen zum bisherigen Unterricht möglich werden, sind Menschenbild und Bilderverbot, Ebenbildlichkeit und biblische Geschlechterbilder, Freiheit und Verantwortung. ◆

Literatur

Brecht, Bertolt: Geschichten vom Herrn Keuner, Frankfurt a.M. 1971

Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V.: Stellungnahme zum „Referentenentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden Eingriffen. https://www.im-ev.de/aktivitaeten/2020_02_29_stellungnahme%20OP-Verbot.php

Klöppel, Ulrike: Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Berlin 2016. 1. (=Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien: Bulletin Texte 42). Download unter <https://www.gender.hu-berlin.de/forschung/publikationen/gender-bulletins>.

Morgen, Clara: Mein intersexuelles Kind. Weiblich männlich fließend, Berlin 2013



KIRSTEN RABE

ist Dozentin für die Bereiche Gymnasium und Gesamtschule am RPI Loccum

KIRSTEN RABE

Zwischen Freiheit und Verantwortung: Schwangerschaftsabbruch als ethisches Konfliktfeld

Unterrichtsideen für die Jahrgänge 9-13

Im Jahr 2019 sind laut Statistischem Bundesamt 778.100 Kinder geboren.¹ Für dasselbe Jahr sind 100.893 Schwangerschaftsabbrüche registriert.² Das Verhältnis dieser Zahlen stimmt nachdenklich.

Betrachtet man die Angaben der in den vergangenen Jahren an das Statistische Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche (s. Abb. auf der folgenden Seite), zeigen sich Wellenbewegungen; insgesamt aber liegen sie nah beieinander.³

Die jeweiligen rechtlichen Begründungen für den Schwangerschaftsabbruch fielen 2019 – und das kann als exemplarisch gelten – vor allem unter die Beratungsregelung (97.001), gefolgt von der medizinischen Indikation (3.875) und der kriminologischen Indikation (17). Die meisten Abbrüche geschahen vor der zwölften Schwangerschaftswoche (97.974); ein deutlich geringerer Anteil zwischen der zwölften und 21. Schwangerschaftswoche (2271) und nach der 22. Woche waren es noch 648 Abbrüche.⁴

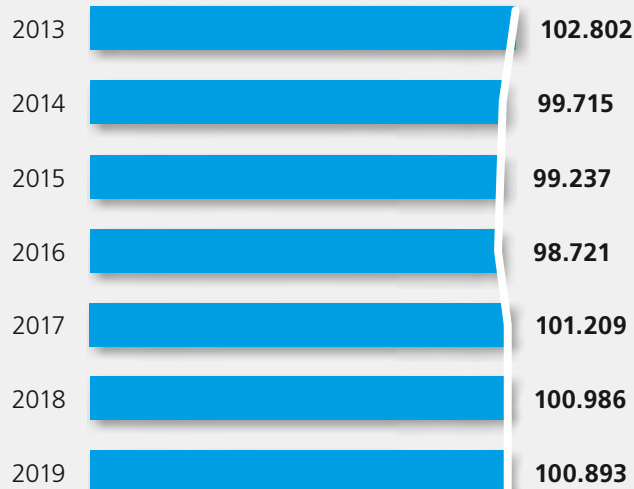
¹ www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html. Die Zahl bezieht sich auf lebendgeborene Kinder.

² www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/land-wohnsitz.html

³ Ebd.

⁴ Das Jahr 2019 wird hier exemplarisch betrachtet. Alle Zahlen finden sich unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/rechtliche-begrueendung.html.

Schwangerschaftsabbrüche 2013 bis 2019



Die Anzahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche der vergangenen sieben Jahre liegen nah beieinander.
Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Darstellung.

Die juristische Regelung: § 218 StGB⁵

Die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs sind in Deutschland juristisch klar geregelt. § 218 StGB stellt den Schwangerschaftsabbruch unter Strafe. Ärzt*innen bzw. anderen Ausführenden drohen eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bzw. eine Geldstrafe, in schwerwiegenden Fällen sogar eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren. Begeht eine Schwangere den Abbruch eigenständig, so drohen auch ihr eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bzw. eine Geldstrafe.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist allerdings unter bestimmten Voraussetzungen nach §218a *keine Straftat*:

- Wenn er nach einer ausgewiesenen Beratung nach § 219 (2) drei Tage zuvor und auf ausdrücklichen Wunsch der schwangeren Frau hin durch eine*n Ärzt*in vorgenommen wird → *Beratungsregelung*;
- Wenn „die Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis [...] eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ zeigen (§218a (2)) → *medizinische Indikation*.

Ein so indizierter Abbruch muss ebenfalls innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen und nach einer nachgewiesenen Beratung geschehen.

- Strafflos bleibt ein Abbruch nach § 218a (3) außerdem bei einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung → *ethische* oder *kriminologische Indikation*. Hier gelten gleichermaßen Beratungsregelung und die Frist von 12 Wochen.
- § 218a (4) erlaubt bei „besonderer Bedrängnis“ einen Schwangerschaftsabbruch in einem Zeitraum von bis zu 22 Wochen nach der Empfängnis. Als eine solche „Bedrängnis“ gilt beispielsweise das Ergebnis einer Pränataldiagnostik, das dem Kind eine schwerwiegende, nicht behebbare Gesundheitsschädigung attestiert, so dass die Fortsetzung der Schwangerschaft für die Schwangere zu einer unzumutbaren gesundheitlichen Belastung führen kann → *eugenische Indikation*. Wird eine mögliche Behinderung des Fötus nach der 22. Schwangerschaftswoche festgestellt, darf die Schwangerschaft bis in den neunten Monat hinein abgebrochen werden.
- Schließlich gilt innerhalb der ersten zwölf Wochen die → *soziale Indikation*, für die eine Notlage nachzuweisen ist, der die Frau bei einer Fortsetzung der Schwangerschaft ausgesetzt wäre.

Eine Geschichte von Macht und Scham, Emanzipation und Wertekonkurrenzen

Die Diskussion (bzw. Nicht-Diskussion) um den Schwangerschaftsabbruch hat eine lange Geschichte⁶ – die letztlich über mehr als 450 Jahre lang ausschließlich von Männern bestimmt wurde. Das Verbot eines Abbruchs ist bereits 1507 in der Bamberger Halsgerichtsordnung und mit der unter Karl V. 1532 erhobenen *Constitutio Criminalis Carolina* im weltlichen deutschsprachigen Recht festgehalten. Der § 218 an sich besteht seit 1870 und geht 1971 in das StGB des Deutschen Reiches ein. Die medizinische Indikation wird erstmals 1927 anerkannt.

Das NS-Regime nutzt die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs aus rassehygienischen Gründen und macht mit den 1933 erlassenen Erbgesundheitsgesetzen die eugenischen

⁵ Vgl. z. B. www.dejure.org/gesetze/StGB/218 bzw. 218a und www.rechtslexikon.net/d/schwangerschaftsabbruch

⁶ Dargestellt beispielsweise bei Berger: Die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch, insbes. Kapitel 4.



Die „sexuelle Revolution“ der 1960er-Jahre führen zur öffentlichen Neu-Diskussion des Themas Abtreibung, die 1976 in eine Reform des § 218 StGB mündete.

© picture alliance/AP Images; Klaus Rose/dpa

sche Indikation zum politischen Mittel. 1943 droht auf der anderen Seite die „Verordnung zum Schutz von Ehe, Familie und Mutterschaft“ demjenigen, der „durch Abtreibung die deutsche Volkskraft [...] beeinträchtigt habe“⁷, die Todesstrafe. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs herrscht eine unklare Gesetzeslage – verschärft durch die Situation zahlreicher ungewollter Schwangerschaften in Folge von Massenvergewaltigungen. Erfurter Gynäkologen drängen auf die kriminologische Indikation. Seit August 1945 bleibt der Schwangerschaftsabbruch nach einer Vergewaltigung straffrei.

Die 1960er-Jahre sind bestimmt durch eine rigide und tabuisierende Sexualmoral sowie eine durch Familienminister Franz-Joseph Wuermeling vertretene konservative Politik. Familienpolitik sei Staatspolitik, jede Geburtenkontrolle gefährde das Ideal der kinderreichen Familie als „Kraftquelle des Staates“. Die aufkommen- den empfängnisverhütenden Mittel sind ebenso verpönt wie außerehelicher Geschlechtsverkehr und werden von Seiten der Politik, von großen Teilen der Ärzteschaft sowie der (Ehe-)Männer boykottiert. Sexualität erscheint politisch verzweckt und unfrei. Vor allem für Frauen ist die eigene Sexualität häufig angst- und schambe- setzt: Die Angst vor einer möglichen Schwangerschaft beherrscht jede sexuelle Beziehung zu einem Mann – dabei werden die so genannten „ehelichen Pflichten“ selbstverständlich und ge-

sellschaftlich akzeptiert von ihm eingefordert. Wird eine Frau schwanger, bleibt es ihre Verantwortung, sich im Zweifelsfall um einen Abbruch zu kümmern. Manche Frauen müssen mehrere Abbrüche ertragen, weil bereits zahlreiche weitere Kinder zu versorgen sind, der Mann den Abbruch einfordert oder Frauen sich völlig überfordert fühlen. Ein Schwangerschaftsabbruch zwingt die Frau, etwas Illegales und gesellschaftlich Verpöntes zu tun. Häufig ist Scham über die gesamte Situation die Folge.

Die Anzahl der Abtreibungen ist in dieser Zeit immens hoch. Der Staat reagiert: 1965 drohen bei Selbstabtreibung bis zu fünf, bei Fremdad- treibung Freiheitsstrafen von bis zu zehn Jahren.

Die „sexuelle Revolution“ der 1960er-Jahre, vorangetrieben durch die Freiheit, die die Pille mit sich bringt, aber auch durch die erschreckenden Zahlen eines „Abtreibungstourismus“ ins Ausland sowie illegaler, riskanter Abtrei- bungen innerhalb der Bundesrepublik, führen zur öffentlichen Neu-Diskussion – mit starken Gegnern in Politik, Kirche und Ärzteschaft. 1974 entscheidet sich die Mehrheit der nun regieren- den sozial-liberalen Koalition für eine Fristen- regelung, die Straffreiheit bei einem Abbruch bis zur zwölften Woche gewährt. 1975 erklärt das Bundesverfassungsgericht die Fristenregelung für unvereinbar mit der im Grundgesetz veran- kerten Würde des menschlichen Lebens; daher kommt es 1976 zur Reform des § 218 StGB, der von da an die Indikationsregelung vorsieht. Diese gilt bis heute.

Der Bewusstseinswandel der 1960er-Jahre und die feministische Studentenbewegung pro-

⁷ Ebd.



Die Schauspielerinnen Senta Berger (2007) und Romy Schneider (1974). Sie gehörten 1971 zu den 374 Frauen, die in der Zeitschrift „Stern“ die Streichung des § 218 forderten. Sie bekannten „Wir haben abgetrieben“. © Kay Nietfeld und Horst Ossinger/dpa

vozieren für die 1970er-Jahre einen immensen Reformdruck, der in der Selbstbeziehungskampagne, die die Journalistin Alice Schwarzer 1971 nach französischem Vorbild initiiert, wohl seinen stärksten Ausdruck findet: Der „Stern“ veröffentlicht eine Liste von 374 Frauennamen und auf dem Heft-Cover Fotos einiger dieser Frauen, die alle öffentlich bekennen: „Wir haben abgetrieben!“⁸ Darunter finden sich auch die Fotos von Romy Schneider und Senta Berger, die den Schüler*innen heute noch bekannt sein können.

Es folgen Unterschriftenaktionen für das Selbstbestimmungsrecht der Frau und die Abschaffung des § 218. 1974 kommt es zu einem weiteren öffentlichen Bekenntnis: 329 Mediziner erklären im „Spiegel“, Abtreibungen vorgenommen zu haben und dies im Sinne der Frauen auch weiterhin tun zu wollen.

Bausteine für den Unterricht

Die Zeit, in der die Parole „Mein Bauch gehört mir!“ auf allen Protestplakaten zu lesen war, liegt inzwischen 40 Jahre zurück. Aus zwei

Gründen ist es lohnenswert, in einer Unterrichtssequenz zum ethischen Konfliktfeld „Schwangerschaftsabbruch“ mit Schüler*innen einen Blick auf diese Zeit zu werfen.

Zum einen werden sie erkennen, dass sich gesellschaftlich, juristisch und in ethischer Perspektive etwas verändert hat. Jugendliche lernen zu verstehen, dass es hier nicht um individualistische, feministisch motivierte Rechte einzelner militanter Frauen ging, sondern um das grundsätzliche Infragestellen politischer, gesellschaftlicher und familiärer Machtstrukturen. Als Folgen dieser Emanzipationsbewegung erkennen Schüler*innen veränderte Bilder von Geschlechterrollen sowie neu entstandene Wertekonkurrenzen und Dilemmata. Die heutige ethische Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche ist sich selbstverständlich dessen bewusst, dass der moralische Anspruch des Embryos, wie er im Embryonenschutzgesetz verankert ist, mit dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter konkurrieren kann.

Schüler*innen werden in der Auseinandersetzung mit der Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs zum anderen erkennen, dass sich manches trotz der Emanzipationsbewegung nicht verändert hat. Zu den Motiven, die Frauen für den Abbruch einer Schwangerschaft angeben, gehören noch immer die schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die befürchteten Nachteile von Kindern für die Karrieremöglichkeiten.⁹ Die gesellschaftliche Verhältnisbestimmung von Mann und Frau bleibt also angefragt. Die Sorge, sich der Verantwortung für ein Kind nicht gewachsen zu fühlen, insbesondere dann, wenn sie keinen verlässlichen Partner an ihrer Seite wissen, ist ein weiteres Motiv vor allem junger Frauen. Und schließlich entscheiden sich gerade diejenigen Frauen, die noch nicht im Beruf stehen, für einen Schwangerschaftsabbruch, weil sie erst dann ein Kind wollen, wenn sie finanziell unabhängig sind und ihrem Kind „etwas bieten“ können.

Mit **M 1** steht den Schüler*innen zunächst ein kurzer Informationstext zur Geschichte des § 218 StGB zur Verfügung. Zwei Beispiele aus den Interviews, die Alice Schwarzer 1971 mit

⁸ Wir hätten das Titelblatt des STERN vom 6. Juni 1971 hier gern gezeigt. Leider ist es dem Verlag Gruner + Jahr per einstweiliger Verfügung untersagt, den Titel zu verbreiten. Die Seite ist aber im „Lebendigen Museum online“ der Stiftung Haus der Geschichte unter www.hdg.de/lemo/bestand/objekt/druckgut-stern-wir-haben-abgetrieben.html zu sehen.

⁹ Das zeigen Umfrageergebnisse beispielsweise der Thomson-Reuters-Stiftung und der Rockefeller-Stiftung im Oktober 2015.

unterschiedlichen Frauen geführt und veröffentlicht hat, schließen sich an. Sie lassen sich arbeitsteilig lesen und bearbeiten. Interessant zu reflektieren sind die Eindrücke von Fremdheit und zeitlicher Ferne dieser Frauenbilder, zugleich aber auch die offenbare Zeitlosigkeit der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch. Das zweite Beispiel macht außerdem deutlich, wie bedrückend die Situation durch die juristischen Regelungen war und wie Frauen, Ärzte und Hebammen kriminalisiert wurden. Und schließlich gibt dieser Interviewauszug einen Eindruck von der Gefährlichkeit der damaligen Abtreibungstechniken. Sensibel, aber sicher gewinnbringend kann die Beschäftigung mit Aufgabe 4 sein – Eltern und Großeltern zu befragen, mit welchen ethischen Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft(sabbruch) sie aufgewachsen sind.

Mit **M 2** lesen die Schüler*innen den Erfahrungsbericht von Kim Hase, den sie 2018 als Blog im Internet veröffentlicht hat. Eine nicht verlässliche Partnerschaft, die eigene fehlende berufliche Orientierung und das Gefühl von Überforderung haben Kim ihre Schwangerschaft abbrechen lassen. Anders als Karin und Ruth in den Interviews zuvor reflektiert Kim vor allem, wie sie Abschied und Trauer erlebt habe. Sie spricht von dem „Zellhaufen in ihrem Unterleib“ und gleichzeitig wie von einer Person, um die sie trauert. Für sie sei diese Trauer nicht, wie ihre Ärztin erklärt habe, hormonell bedingt und medizinisch erklärbar. An diesem Beispiel lässt sich erkennen, wie wichtig das soziale Umfeld für die Begleitung einer ungewollt schwangeren Frau – auch mit der Entscheidung für einen Abbruch – ist und wie belastend seine Verurteilungen sein können. Sehr eindrücklich an diesem Text ist Kims persönliche Erkenntnis, man könne gleichzeitig etwas richtigmachen und dennoch Schmerzen und Trauer über diese Handlung erfahren. Diese menschliche Grunderfahrung wird Schüler*innen nachvollziehbar sein.

Am Schluss dieses Blogeintrags bekommen die Schüler*innen kurze Informationen über Beratungsangebote der AWO oder pro familia, an die sich im weiteren Unterrichtsverlauf anknüpfen ließe. Weiterführend regt Aufgabe 3 an, die Veröffentlichung eines solch privaten Posts zu reflektieren: Macht man sich noch verletzbarer und angreifbarer? Hat das öffentliche Schreiben seelsorgerliche Elemente? Aufgabe 4 nimmt die Form des Blogeintrages auf, um mit Schüler*innen trotz einer Konfliktsituation mögliche Argumente für eine Schwangerschaft zu erörtern.

M 3 und **M 4** bieten zwei theologische Positionen zum ethischen Konfliktfeld des Schwangerschaftsabbruchs. Wilfried Härle (**M 3**) macht einleitend deutlich, dass es keine einfache ethisch-theologische Antwort auf die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gibt. Es gebe Situationen, in denen sich das Lebensrecht der Schwangeren und das Lebensrecht des Kindes unvereinbar gegenüberstünden. Dieser tragische Konflikt bedeute immer, dass das Lebensrecht des einen nicht geachtet werden könne. Unter dieser Prämisse erklärt und bewertet Härle anschließend die Indikationenregelung in § 218 StGB. Die Schüler*innen erfahren in diesem Kontext, wie der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland juristisch geregelt ist – und an welche Grenzen diese juristische Regelung kommen kann. Insbesondere die so genannte Beratungsregelung, mit der die allermeisten Abbrüche begründet werden und die im Grunde nur eine Kompromisslösung darstellt, zeigt für Härle Schwächen auf. Er fordert, das vorrangige Ziel der rechtlich geforderten Beratung, die Frau „für das Austragen des Kindes zu gewinnen“, nicht aus dem Blick zu verlieren. Zugleich gesteht er ein, dass er – wie die Kritiker der Beratungsregelung – keine Lösung anbieten könne, die „dem Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens besser (bzw. weniger schlecht)“ diene.

Wolfgang Huber (**M 4**) rückt in seiner Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch die Beziehung und das Lebensverhältnis von Mutter und Kind ins Zentrum. Daraus leitet sich auch bei ihm eine einleitende Klarstellung ab: Für die allermeisten Frauen, die sich zu diesem Schritt entscheiden, sei diese Erfahrung eine schmerzhaft und traumatische und die Entscheidung für einen Abbruch in keiner Weise eine leichtfertig getroffene. Die zweite Konsequenz einer Schwangerschaft als Lebensverhältnis und Beziehung ist für Huber eine natürliche Grenze der juristischen Bewertung des Konfliktes: Eine Schwangerschaft könne nur mit, nicht gegen die schwangere Frau weitergeführt werden. Eine ethische Auseinandersetzung mit Fragen von Schwangerschaftsabbruch könne folgerichtig nur über einen verantwortungsethischen Zugang geschehen. Huber zeigt auf, wo individuelle, professionelle und institutionelle Verantwortung wahrgenommen werden müsse, um einer schwangeren Frau in einer Konfliktsituation die Entscheidung für das Kind zu ermöglichen. Gleichzeitig fordert Huber Empathie und Achtung für jede der Frauen – unabhängig von ihrer Entscheidung.



DIE MATERIALIEN

zu diesem Beitrag finden Sie als pdf-Datei im Downloadbereich auf der Website des RPI unter www.rpi-loccum.de/pelikan





Die Karikatur (M 6) greift die Diskussion um eine Abschaffung von § 219a StGB im Dezember 2019 dar. © Harm Bergen

M 5 fokussiert einen in der Diskussion um Schwangerschaftsabbruch alle Beteiligten besonders herausfordernden Aspekt: die Möglichkeit einer so genannten Spätabtreibung. Die zahlreichen Verfahren der Pränataldiagnostik (PND), die sich in den vergangenen 30 Jahren entwickelt und optimiert haben, sind gleichermaßen Segen wie Fluch und können werdende Eltern vor große Gewissenskonflikte stellen. Werden im Zuge einer PND schwerwiegende Krankheiten oder Fehlbildungen diagnostiziert, darf nach § 218 StGB auch nach der zwölften Woche und bis hin zum neunten Monat ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden. Der Gewissenskonflikt besteht für werdende Eltern zunächst in der Frage, ob für sie eine PND überhaupt in Frage kommt. Die meisten der darunterfallenden Untersuchungen sind nicht verpflichtend. Der zweite, größere Konflikt ist der Umgang mit dem möglichen Ergebnis.

Hier abgedruckt ist der Anfang eines umfangreichen Artikels, der unter Deutschlandfunk Kultur erschienen ist. Sowohl informierend als auch empathisch mit allen Beteiligten wird hier aufgezeigt, was eine PND für werdende Eltern und Ärzt*innen bedeuten kann und warum Spätabtreibungen überhaupt möglich sind. Die Schüler*innen können über den angegebenen Link den vollständigen Artikel lesen, der sehr einfühlsam von einem Paar erzählt, das sich von seiner im Mutterleib heranwachsenden Tochter verabschieden musste.

M 6 schließlich stellt eine Reaktion auf die Diskussion um eine Abschaffung von § 219a StGB dar. Ironisch überspitzt stellt Harm Bergen mit seiner Karikatur „Abtreibungs-Werbung“ die Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit der Diskussion um Ärzt*innen in Frage, die öffentlich angeben, in ihren Praxen Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Der Fall der Gießener Ärztin Kristina Hänel, der von 2017 bis Ende 2019 verhandelt wurde, gilt hier als prominentes Beispiel. Wenn Schüler*innen sich mit der Diskussion um § 219 beschäftigen, sind historische Rückbezüge zu nationalsozialistischer Familienpolitik möglich, die Emanzipationsgeschichte der Frau in den 1960er- und 70er-Jahren spiegelt sich in dieser Diskussion – und schließlich die ethische und theologische Frage nach Menschenbildern: von Frauen und potenziellen Vätern, von Ärzt*innen und nicht zuletzt von „menschlichen Embryonen“ bzw. „embryonalen Menschen“¹⁰.

Der moralische Status des Embryos – Ausblick für weitere Unterrichtsbausteine

Im Zentrum des Konfliktfelds „Schwangerschaftsabbruch“ steht die Frage nach dem moralischen Status des Embryos. Ausgehend von diesem Zentrum ließen sich weitere medizinethische Konfliktfelder vertiefen bzw. erarbeiten:

Eng verbunden mit dem Schwangerschaftsabbruch (s. M 5) sind die ethischen Anfragen an die – immer selbstverständlicher werdenden – Möglichkeiten der Pränataldiagnostik (PND). Die darunter gefassten diagnostischen Möglichkeiten bergen auch Gefahren: die einer Erwartungshaltung an werdende Eltern, das Idealbild einer „perfekten“ Gesellschaft und die Suggestion eines menschlichen Lebens ohne Leid.

Ein weiteres Konfliktfeld stellt die Möglichkeit der In-vitro-Fertilisation dar. Ethisch problematisch ist hier die Abtötung überzähliger Embryonen.

¹⁰ Zur Differenzierung dieser Begriffe siehe Huber: Ethik, 42.

Ein anderer medizinisch „extrakorporaler Konflikt“¹¹ stellt sich mit dem Verfahren der Präimplantationsdiagnostik (PID) dar. In einem durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) und das Präimplantationsgesetz (PräimpG) sehr eng gesteckten Rahmen besteht für Frauen bzw. Paare seit 2014 die Möglichkeit, in vitro gezeugte Embryonen genetisch untersuchen und nur die Embryonen in die Gebärmutter der Frau einsetzen zu lassen, die gesund sind. Voraussetzung für diese PID ist das Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit bzw. die hohe Wahrscheinlichkeit einer Tot- oder Fehlgeburt. Diese PID betrifft ausdrücklich Einzelfallentscheidungen und darf ohne ärztliche Beratung eines PID-Zentrums sowie einer Ethikkommission nicht durchgeführt werden. ◆

¹¹ Vgl. Dabrock: Konflikte aushalten und menschlich gestalten, in diesem Heft, 4.

Literatur

Berger, Maria Minola: Die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch im Deutschen Ärzteblatt von 1949 bis 1976. Bochum 2010 (Diss.), (www-brs.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/BergerMariaMinola/diss.pdf)

Härle, Wilfried: Würde. Groß vom Menschen denken, München 2010

Huber, Wolfgang: Ethik. Die Grundfragen unseres Lebens. Von der Geburt bis zum Tod, München 2013

Frauen gegen den § 218. 18 Protokolle, aufzeichnet von Alice Schwarzer. Mit einem Bericht der Sozialistischen Arbeitsgruppe zur Befreiung der Frau, München, und einem Nachwort von Alice Schwarzer, Frankfurt a.M. 1971



KIRSTEN RABE

ist Dozentin für die Bereiche Gymnasium und Gesamtschule am RPI Loccum.

ARIANE DIHLE UND FRAUKE THEES

Kazuo Ishiguro: „Alles, was wir geben mussten“

Eine fächerübergreifende Annäherung

What if? Wie wäre die Welt, wenn viele Krankheiten heilbar wären? Weil Menschen nicht nur ihren eigenen Körper, sondern einen Klon in Reserve hätten? Stammzellforschung und Therapeutisches Klonen lassen beides nicht als eine ferne Zukunftsvision erscheinen. Der Nobelpreisträger Kazuo Ishiguro bietet mit seinem Roman „Alles, was wir geben mussten“¹ (*Never Let Me Go*, 2005) eine alternative Gegenwart an, in der Klone aufgezogen werden, um als Kopien das Leben ihrer „Originale“ zu si-

chern. Viele Schüler*innen in Niedersachsen tauch(t)en in diese Welt ein,² so dass eine fächerübergreifende Arbeit mit dem Englisch- und Biologieunterricht in der Oberstufe³ möglich scheint.⁴ Diese kann exemplarisch Religion als weiteren, differenten „Modus des Weltzu-

² Der Roman ist in den Hinweisen für das Zentralabitur Englisch für die Jahrgänge 2020 und 2021 vorgegeben. Verbindliche Unterrichtsaspekte sind: dystopian literature, visions of the future, ethics of science; sie berühren die Themenfelder „Individual and Society“, „Science and Technology“ und „Beliefs, Values and Norms in Society: Tradition and Change“ (vgl. KC Gymnasium – Gymnasiale Oberstufe. Englisch), 24.

³ Ggf. ausschnittsweise im (bilingualen) Religionsunterricht ab Jahrgang 10.

⁴ Der Roman wurde 2010 gelungen verfilmt.

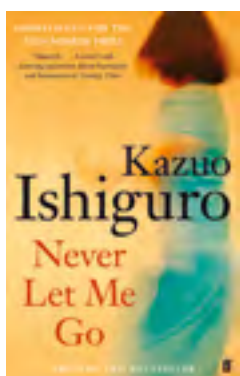
¹ Ishiguro: Alles, was wir geben mussten; alle Seitenzahlen gemäß der Ausgabe im Literaturverzeichnis.



Kazuo Ishiguro

Alles, was wir geben mussten

Aus dem Englischen von Barbara Schaden
Heyne, München 2016
ISBN 978-3-453-42154-7
TB 352 Seiten, 9,99 €



Kazuo Ishiguro

Never Let Me Go

Faber & Faber,
London 2010
ISBN 978-0-571-25809-3
288 Seiten, 8,79 €

gangs“ zeigen, der sowohl die Perspektive der Klonen wie der sie (ge)brauchenden Menschen einbringt.⁵

Zum Inhalt

In *Never Let Me Go* konfrontiert Ishiguro Lesende mit der wohlbehütet anmutenden Gemeinschaft der fiktiven englischen *boarding school Hailsham* gegen Ende der 1970er-Jahre. Die Ereignisse werden im Rückblick Ende der 90er-Jahre von der Ich-Erzählerin Kathy H., 31, geschildert. Sie berichtet über ihr Leben an der Schule, die als Organreservoir dient, da deren Schüler*innen lebenswichtige Organe spenden werden. Sie werden nach und nach mit den schrecklichen, ihre Leben bestimmenden Wahrheiten konfrontiert, ohne sie wirklich begreifen zu können. Die Figuren rebellieren nicht dagegen; sie verteidigen nach vereinzelt, nie nachhaltigem Hinterfragen das System⁶ und fügen sich in ihre „Bestimmung“. ⁷ Genau das kann für den Unterricht interessant werden, da der Autor bewusst nicht die Geschichte von Revolutionären erzählt, die gegen das System rebellieren.⁸ Kathys Erinnerungen und Kommentierungen sind meist durch äußere, unvorhergesehene Impulse ausgelöst und enthalten viele emotionale Facetten, dies der Analyse wert sind. Der Roman kann als *coming-of-age* Roman, Dystopie oder Science-Fiction gelesen werden, wobei der unaufgeregte Erzählstil konträr zu den brisanten philosophischen Themen steht. Bei der Arbeit mit der deutschen und englischen Version ist die euphemistische Übersetzung einzelner Begrifflichkeiten besonders zu thematisieren.⁹ Dass es sich bei den drei Hauptfiguren des Romans um junge Menschen bis 30 Jahre handelt, bietet Identifikationsmöglichkeiten. Andererseits bietet die singuläre Situation der Protagonisten, nur als „Ersatzteillager“ für andere Menschen zu dienen, Anlässe, sich nicht nur im Blick auf die eigene Lebensqualität ge-

genüber dieser ethisch höchst strittigen Position zu positionieren.

Prämissen für einen Einsatz im Religionsunterricht

Im Religionsunterricht können Vertiefungsmöglichkeiten genutzt werden, sollte der ausgezeichnete Roman im Englischunterricht ganz gelesen sein; sein didaktisches Potenzial – exemplarisch v.a. in den letzten Kapiteln – sollte durch eine konkrete Einbettung in eine für die Lernenden nachvollziehbare Entwicklung erschlossen werden.¹⁰

Ishiguros Fokus liegt nicht auf der wissenschaftlich-technischen Seite des Klonens. Im Biologieunterricht wird Klonierung sehr allgemein im Jahrgang 9/10 behandelt. Tritt die Frage auf, ob denn so eine Welt technisch möglich sei, muss dies im Religionsunterricht allgemein bleiben. Um den Grundvorgang des Klonens zu verstehen, ist das Modul „Klonlabor“ von Planet Schule hilfreich.¹¹ Auch eine biotechnisch und -ethisch aufbereitete Publikation zur Klonierung der Bundeszentrale für politische Bildung wird empfohlen.¹²

Themen für den Religionsunterricht: Bedeutung und Legitimität des Klonens

Der Roman wirft die Lesenden in eine Welt, in der Klone selbstverständlich sind und die ethische Frage nach deren Legitimität verdrängt ist, weil ihr Nutzen für die Welt nicht hinterfragbar scheint. Alle Klone leben in einer abgeschotteten Parallelwelt, deren Standard sich zunehmend verschlechtert. Der erste Text (Kap. 22; vgl. **M 1**) zeigt aus der Perspektive der frü-

⁵ Für Religion bieten sich alle Kompetenzbereiche an, für 2021/22 spezifisch die Kompetenzbereiche „Mensch“, „Gott“, „Ethik“, „Kirche“; vgl. Dressler: *Hat der Religionsunterricht Zukunft?*, 103f.

⁶ Vgl. Ishiguro: *Alles, was wir geben mussten*, 274. 318. 349.

⁷ Ebd., 251.274.

⁸ Weiterführend: www.spiegel.de/international/spiegel-interview-with-kazuo-ishiguro-i-remain-fascinated-by-memory-a-378173.html.

⁹ Z. B.: Wenn die Klone, die „Kollegiaten“ (students), sterben, so „schließen sie ab“ (to complete); Organe für „Mögliche“ (possible) werden als „Spende“ (donation) bezeichnet.

¹⁰ Es existiert bisher noch kein Material für den Religionsunterricht, sodass wir auf geeignetes Unterrichtsmaterial für Englisch hinweisen: Rita Reinheimer-Wolf: *EinFach Englisch Unterrichtsmodell: Kazuo Ishiguro Never Let Me Go*, Westermann, 2019; Martin Genetsch: *Kazuo Ishiguro Never Let Me Go: Teacher's Manual*, Cornelsen, 2013; Florian Otte, Susanne Pongratz, David Roberts: *Green Line Oberstufe, Abiturthemen für das grundlegende Anforderungsniveau, Never Let Me Go*, Ernst Klett Verlag, 2019. Krista Carson: *Snap Revision Never Let Me Go*, Collins, 2017.

¹¹ www.planet-schule.de/sf/multimedia-simulationen-detail.php?projekt=klonlabor.

¹² [/www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33773/klonen](http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33773/klonen). Unser Dank geht an Anika de Vries und Kerstin Neubert, Studienseminar Leer.



© andriano_cz/iStock

heren Leiterinnen die historische, anscheinend alternativlose, Entwicklung des „Organ Spendenprogramms“ auf. Der Siegeszug der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse verdrängt alle ethischen Fragen; Therapien für bislang unheilbare Erkrankungen sind willkommen und verdrängen die Frage nach dem Woher. Spärliche Zweifel werden schnell erstickt durch den sichtbaren Nutzen, Klone werden als „anders“ qualifiziert und damit entwertet. Das mögliche schlechte Gewissen wird durch wenige Alibi-Anstalten beruhigt, bis das Potential der Klone (das) deren Schöpfer in Frage stellt.¹³

Für den Religionsunterricht bedeutsam ist die Frage: „Darf menschliches Leben erzeugt werden, um anderes menschliches Leben zu retten?“ Neben der „Ethik“ werden hier die Kompetenzbereiche „Gott“ und „Mensch“ angesprochen. Darf der Mensch als Geschöpf alles, was er kann? Der Mensch schafft ständig Neues. Wo sind die Grenzen im Verhältnis zu Gott und zum Mitgeschöpf zu setzen? Wer handelt sie aus in einer globalisierten Welt? Welche menschlichen Potenziale sollten zur Lebensverbesserung der Menschheit eingesetzt werden, welche führen zu einer Selbstermächtigung, die

die systemische Risikofolgenabschätzung und eine Orientierung an gemeinsamen Werten zunehmend verlässt?¹⁴

Mit Blick auf den Menschenwürdebegriff nach Kant wie die juristische Objektformel ist die Menschenwürde der Klone im Roman nicht gewahrt. Die Würde des Menschen ist verletzt, wenn der Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel würde und keinen unersetzbaren Eigenwert besitzt. In vielen christlichen Dogmatiken kann die Menschenwürde, die sich über die Gottebenbildlichkeit des Menschen definiert, nicht verloren gehen.¹⁵

Stellt man die Situation der Klone ins Zentrum, böten sich z. B. diese Fragen an: Entstehen beim Klonen überhaupt Menschen, denen Menschenwürde zueignet? Wenn ja, können sich diese Klone als Geschöpfe Gottes verstehen? Wenn Klone einverstanden sind mit ihrem so früh endenden Leben, dieses als „gute Leis-

¹³ Ishiguro: Alles, was wir geben mussten, 169f, 202f, 220ff.

¹⁴ Ebenso ist zu fragen, ob mit Kritik am „Speziesmus“ der „klassischen“ Schöpfungstheologie und trotz der Betonung von Mitgeschöpflichkeit und der notwendigen tiertheologischen und ökologischen Erweiterung die Grenzen in Bezug auf den Menschen noch einmal anders zu reflektieren sind als bspw. Herzklappen von Schweinen und Rindern. Vgl. auch EKD: Zur Achtung vor dem Leben.

¹⁵ Diese ist als relationaler und nicht substantieller Begriff definiert z. B. bei Härle: Ethik, 150.



Kazuo Ishiguro in Stockholm während der Pressekonferenz der schwedischen Akademie am 6. Dezember 2017.
© Frankie Fouganthin/ Wikimedia

ter Menschengruppen oder Themen betrifft hier die Klonen, ist aber als Phänomen weithin übertragbar.

Lebenssinn ... und Tod und Sterben

„Was ist der Zweck, zu dem wir geschaffen worden sind, und sollten wir versuchen, ihn zu vollenden?“¹⁶ Dieser Frage widmet Ishiguro sich im Blick auf die Klonen und deren Lebenssinn im Spenden. Ihre Situation ist vollkommen konträr zu der der meisten Jugendlichen – ihr Weg ist nicht vorgezeichnet; bald fallen sie wichtige Entscheidungen für ihren Lebensweg. Immer besteht die Möglichkeit des Scheiterns. Sie versuchen in einer individualistischen Gesellschaft zwischen Freiheit und Verantwortung, Selbstbestimmung und gesellschaftlichen wie familiären Anforderungen oder Notwendigkeiten ihren Platz zu finden. Wäre das Leben einfacher, wenn der gesellschaftliche Platz, der Lebenssinn vorgegeben wären? Die Klonen haben ihre (Fremd-)Bestimmung angenommen. Wie groß ist der Konformitätsdruck, der in der modernen, optionalen Gesellschaft eine eigene Entwicklung behindert und den Druck zur Selbstbestimmung und -optimierung erhöht?¹⁷ Ein Vergleich lässt über die existenziellen Fragen, über den Sinn des Lebens bzw. die freie oder (auf Gott?) bezogene Bestimmung des Menschen ins Theologisieren kommen.

Theologisch ist die Rede vom Lebenssinn des Menschen immer im Kontext der Gottebenbildlichkeit und der Rechtfertigungslehre zu be-

trachten: Die Annahme durch Gott steht vor allem selbst (nicht) gewählten und selbst (nicht) erfüllten Sinn. Der Mensch ist in Jesus Christus allein aus Gnade und allein durch den Glauben gerechtfertigt, selbst wenn er seiner Bestimmung zwischen der Nachfolge Jesu und der Macht der Sünde nicht entspricht.¹⁸

Die Spender wissen, dass ihr Leben früh endet. Leben sie dadurch bewusster? Ein Tod nach der vierten Spende ist das Ziel, wird aber emotional unterschiedlich von ihnen verarbeitet. Die über weite Strecken sehr nüchterne Sprache sowie die fraglose Akzeptanz des Todes könnten abschreckend auf die Schüler*innen wirken, bieten aber Anknüpfungspunkte: im Kontext der Jugendtheologie¹⁹ z. B. Gedankenexperimente aus zwei Blickwinkeln: Möchte ich wissen, wann ich sterbe? Was würde sich durch dadurch verändern? Wie verändert sich die Wahrnehmung von Tod und Sterben, wenn der Tod mit einer Funktion verknüpft wird? Ist es bedeutsam, dass diese Funktion meinesgleichen nicht zukommt? Andererseits: Würde ich solch einen Klon wollen? Würde sich mein Leben durch die Gewissheit eines Ersatzteillagers ändern?

Die Spender wissen, dass ihr Leben früh endet. Leben sie dadurch bewusster? Ein Tod nach der vierten Spende ist das Ziel, wird aber emotional unterschiedlich von ihnen verarbeitet. Die über weite Strecken sehr nüchterne Sprache sowie die fraglose Akzeptanz des Todes könnten abschreckend auf die Schüler*innen wirken, bieten aber Anknüpfungspunkte: im Kontext der Jugendtheologie¹⁹ z. B. Gedankenexperimente aus zwei Blickwinkeln: Möchte ich wissen, wann ich sterbe? Was würde sich durch dadurch verändern? Wie verändert sich die Wahrnehmung von Tod und Sterben, wenn der Tod mit einer Funktion verknüpft wird? Ist es bedeutsam, dass diese Funktion meinesgleichen nicht zukommt? Andererseits: Würde ich solch einen Klon wollen? Würde sich mein Leben durch die Gewissheit eines Ersatzteillagers ändern?

Ishiguros Rede zur Verleihung des Nobelpreises

Die Bankettrede Ishiguros²⁰ in **M 2** bietet sich als Einstieg nach der Lektüre oder Abschluss der Einheit – mit dem Video – an. Mit leichter Hilfe ist der Text im Original für Oberstufenschüler*innen erfassbar. Themen aus dem Roman klingen an: z. B. die Bedeutung der Erinnerung, das Zusammentreffen verschiedener Kulturen, das Verhältnis zwischen Mutter und Kind, der vielschichtige Stolz, vor allem aber die gefährdete Gegenwart und der Sinn im gemeinsamen Ringen um ein menschliches Zusammen-



DIE MATERIALIEN

zu diesem Beitrag finden Sie als pdf-Datei im Downloadbereich auf der Website des RPI unter www.rpi-loccum.de/pelikan



¹⁸ Vgl. KC Gymnasium – Gymnasiale Oberstufe, Evangelische Religion, 6f.

¹⁹ Vgl. Reiß: Jugendtheologie.

²⁰ www.youtube.com/watch?v=NRWMIHlhcew; zur Vorlesung in deutscher Sprache: www.nobelprize.org/prizes/literature/2017/ishiguro/25142-kazuo-ishiguro-nobelvorlesung: „Und vor der Tür stehen – oder sind sie schon da? – die Herausforderungen durch bahnbrechende Neuerungen in den Naturwissenschaften, der Technologie, der Medizin. Neue Gentechniken wie die Genom-Editierung durch die CRISPR/Cas-Methode und die Fortschritte bei der Entwicklung der Künstlichen Intelligenz und der Robotertechnik werden revolutionäre, potenziell lebensrettende Veränderungen bewirken; zugleich aber können sie zu brutaler Elitenbildung führen, praktisch einer neuen Apartheid, und massive Arbeitslosigkeit nach sich ziehen, von der auch die aktuellen beruflichen Eliten nicht verschont bleiben werden.“

¹⁶ www.theguardian.com/books/2006/mar/25/features-reviews.guardianreview36.

¹⁷ Vgl. Schieder: Rechtfertigungsimperative, 14ff.

leben. Ganze Gesellschaften sowie jedes Individuum werden ermutigt, die eigenen Grenzen zum eigenen wie fremden Wohl aktiv²¹ zu überschreiten. ◆

Literatur

Dressler, Bernhard: Hat der Religionsunterricht Zukunft?, in: Locomer Pelikan 3/2013, 103-108

Freudenberger-Lötz, Petra: Theologische Gespräche mit Jugendlichen, München 2012

Härle, Wilfried: Ethik. Berlin/ New York 2011

²¹ „This extraordinary and, in the end, rather frighteningly clever novel isn't about cloning, or being a clone, at all. It's about why we don't explode, why we don't just wake up one day and go sobbing and crying down the street, kicking everything to pieces out of the raw, infuriating, completely personal sense of our lives never having been what they could have been.“ <https://www.theguardian.com/books/2005/feb/26/bookerprize2005.bookerprize>

Ishiguro, Kazuo: Alles, was wir geben mussten, München 2016.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hg.): Kerncurriculum Gymnasium – gymnasiale Oberstufe. Englisch, Hannover 2017

Niedersächsisches Kultusministerium (Hg.): Kerncurriculum Gymnasium – gymnasiale Oberstufe. Evangelische Religion, Hannover 2017

Reiß, Annike: Jugendtheologie, in: WiReLex 2015: <https://doi.org/10.23768/wirelex.Jugendtheologie.100022> (abgerufen am 29.5.2020)

Schieder, Rolf: Rechtfertigungsimperative, Projektzwänge und Rechtfertigungsglaube. Über theologische und soziologische Rechtfertigungsdiskurse, in: Theo-Web, 16 (2017) 1, 9-21: <https://doi.org/10.23770/TW003A>

Evangelische Kirche in Deutschland (Hg.): Zur Achtung vor dem Leben – Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin. Berlin 1987: www.ekd.de/22786.htm.

(Letzter Zugriff für alle Internetquellen in den Fußnoten: 14.04.2020).



ARIANE DIHLE ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Religionspädagogik an der Universität Oldenburg.

FRAUKE THEES ist Fachleiterin für Besondere Aufgaben/ Pädagogik und Evangelische Religion am Studienseminar für Lehramt an Gymnasien Leer.

SILKE LEONHARD

Selbstoptimierung? – Achtsames Leben

Eine Andacht

Verlauf:

Begrüßung / Votum

Morgengebet EG 818

Lied

EG 166, 1-2+4: *Tut mir auf die schöne Pforte* oder freiTöne 1: *Du bist ein Gott, der mich anschaut* oder freiTöne 93: *Klüger*

Ansprache

Lied

EG 171: *Bewahre uns, Gott* oder EG 170: *Komm, Herr, segne uns*

Gebet

Gott, du siehst uns. Deine Augen nehmen uns wahr – mit dem, was wir an uns mögen, und dem, was wir nicht gern an uns sehen. Dafür danken wir dir. Gesundheit ist ein hohes Gut – das erfahren wir jetzt mehr denn je. Gib uns einen liebenden Blick für die Fragilität des Lebens. Mach uns achtsam für andere, die an Ansprüchen an das Leben und sich selbst zu zerbrechen drohen. Bewahre uns vor Zerstörung, festige uns und schenke uns einen Blick für Heiliges – durch deinen Heiligen Geist.

Vaterunser

Segen



DR. SILKE LEONHARD ist Rektorin des RPI Loccum und Privatdozentin für Praktische Theologie mit Schwerpunkt Religionspädagogik an der Universität Frankfurt am Main.



© FitInn.at

SELBSTOPTIMIERUNG? – ACHTSAMES LEBEN

Wien, eine meiner Heimaten, letztes Jahr im Urlaub. In der Nähe einer U-Bahn-Haltestelle im 7. Bezirk. Ein riesiges Haus, ein großes Portal, *FitInn* heißt das Etablissement – darüber eine Tafel: „Wir haben den Tempel, du bringst die Opfer.“¹ Eine junge Frau mit Sporttasche läuft schwungvoll die Treppe hinauf und öffnet die Tempeltür, um hineinzugehen. In der universitätsähnlichen Halle steht „Fakultät für Körperbau“.

FitInn ist mit seinen 25 Häusern in Wien und darüber hinaus die österreichische Nummer Eins in Sachen Fitnessstudio. Eine Bildungseinrichtung, um Menschen fit zu machen, eingerichtet mit einer Menge an Verheißungen: Fitnessgeräte von Marktführern, digitale Innovationen zur Unterstützung des Trainings, ungestörte Trainingsmöglichkeiten für Frauen durch eigene Bereiche, hochwertige Ausstattung, extra lange Öffnungszeiten von 6 bis 24 Uhr, Personal Trainer, etc.

Etliche Slogans treiben an:

- *Train harder than yesterday.*
- *Geh an deine Grenzen. Und dann geh weiter.*
- *Was du heute tragen sollst? Hanteln.*
- *Sauna braucht nur, wer beim Training nicht schwitzt.*
- *Cardio is hardio.*

¹ <https://fitinn.at>

- *Wenn deine Beine weh tun, mach mit den Armen weiter.*

Lebensweisheiten werden metaphorisch-ironisch verpackt:

- *Badehose einpacken, Sixpack auspacken*
- *Erst die Figur, dann der Bikini*
- *Heiße Körper entstehen in der kalten Jahreszeit.*
- *Dezemboah*
- *Workoutholic*
- *Lieber Bank drücken statt vor dem Training.*
- *1 h Training sind gerade mal 4% deines Tages.*
- *Müde, atemlos, Schwitzen, Muskelkater. Läuft!*
- *Sei nicht so faul wie deine Ausreden.*
- *Ärmel ist ein dehnbare Begriff.*
- *Anatomie lernt man am besten am eigenen Körper.*
- *Nimm dir deinen Vorsatz Satz für Satz vor.*
- *Die echte Problemzone ist deine Couch.*
- *Manche geben sich die Kante, andere machen sich zu einer.*
- *Cookies mal lieber nicht zulassen.*
- *Schwarte nicht länger.*

Einige Slogans treiben es noch weiter über, suggestiv über die Würdegrenze und unter die Gürtellinie:

- *Es reicht, wenn die Jacke dick ist.*
- *Du hast dich auseinandergelebt.*
- *Es reicht, wenn diese Schrift fett ist.*

Und einige sind noch expliziter existenziell und religiös konnotiert:

- *Zeit für Frühlingsgefühle: Leid, Schmerz, Erschöpfung.*
- *Den Christbaum ins Kreuz heben reicht leider nicht.*
- *Heavy Christmas.*
- *Verbrenne das Jüngste Gericht.*

„Wir haben den Tempel, du bringst die Opfer!“ Opfer dienen dazu, die Verbindung zum Heiligen aufrechterhalten, die durch kultische und soziale Unreinheit verursachten Störungen zu beseitigen. Von Duftopfer kann hier wohl kaum die Rede sein. Schmerz- und Schweißopfer leben die menschlichen Mächte und Möglichkeiten aus (Salz konserviert und gibt Geschmack ...).

Wir wissen inzwischen sehr viel über Selbstoptimierungsstrategien – die Versuchung und den Druck, mehr aus sich zu machen. An der Leiblichkeit macht sich das besonders bemerkbar – im Sport, durch Ernährungsratgeber und -weisheiten, Süchte, Zwänge. Daran ändert

auch nichts, dass wir zumindest ahnen, dass Menschen nicht nur 50 Jahre alt und danach weggeworfen werden, sondern dass Altern ein Teil unseres Lebens, der Gesellschaft ist. Aber es gibt viele rituelle Wege, dies möglichst wie mit der Wirkung einer Anästhesie wenig spürbar zu machen.

Die Slogans bewegen sich ohne Frage nicht auf der Ebene von Wellness oder sanfter Selbstwerdung – sie sind nicht auf einer Linie des „Erkenne dich selbst“ oder gar reformpädagogisch „Werde, der oder die du sein wirst“, sondern von „Werde, der oder die gefordert ist“. Eine „Fakultät für Körperbau“ in Gestalt eines Tempels ist so etwas wie eine Selbstoptimierungseinrichtung zum Erreichen heldenhaften Lebens und Verdrängen von Fragmentarität. Im Komparativ zum Superlativ: Dranbleiben, mehr, schlanker, fitter, härter, schlagkräftiger. Du musst dein Leben ändern – du musst dich ändern, um schön, stark und unsterblich zu sein. Die „Mach dich besser-Botschaften“ triggern und fordern wahrlich Opfer. Das Training verändert Identität und Status, auch das Selbstbewusstsein oder damit gar die Rolle des Menschen. Opferkult war schon immer auch eine Vorstufe zur Wirtschaft – in der Abstraktion vom Gabentausch zum Warentausch. Training gegen schöne Stärke zu tauschen, stimmt eben nicht. Aber die Verheißung entfaltet eben trotzdem ihre Wirkung: Das Training der Lebensoptimierung zu ritualisieren, gehört für viele vor allem jüngere Menschen und ihre Lebensläufe zum Alltag. Vor allem für die, welche die Power dazu haben. Selbstoptimierungsindustrie hält einen Zerrspiegel vor das Leben und stellt es in ein anderes Licht, in dem es vielleicht mehr glänzt oder aber wie hier in einem kalten Licht erst einmal missbilligt wird. Marktparolen arbeiten im Interesse der Erfolgssteigerung gerade mit der Pejorisierung und dem Imperativ zur Kontrolle, und dies nicht selten auch mit medikamentösen Begleitern.

Nun ist ja aber ein Fitnessstudio nicht etwas grundlegend Schlechtes oder gar Lebensfeindliches. Statt zwölf Stunden vor Smartphone und Tablet zu arbeiten oder zu daddeln (in denen man immerhin die digital möglichen Zerrbilder komisch finden kann), bewegt man sich. Sport ist wichtig für Ältere, die ihr Leben erhalten können, sagen Mediziner. Körperliche Mächte und Power, die auf der Straße zu Gewalt wird, in das Training zu stecken, ist ein Mittel der Gewaltenkanalisierung. Und in Corona-Zeiten merken wir mehr denn je, wie die Einschränkung von Bewegung und Sport auch lebeenseinschränkend wirken kann.

Aber was ist das Maß – der Opferkult – oder sagen wir: die Hingabe – wem oder was dient diese Hingabe, damit sie lebensstauglich, nein gar lebenserhaltend, lebensförderlich ist? Wer ist das tragfähige Gegenüber für unser Tun, wohin geht unser Leben? Wie sieht das Leben aus, wenn der Leib ein Tempel des Heiligen Geistes ist?

In einen Tempel des Heiligen Geistes geht man mit Bedacht. Leibliche Menschen achten auf den Draht zum anderen. Balancen von Tun und Lassen werden achtsam gefunden. Man schaut auch auf eine Ausgewogenheit zwischen Selbstakzeptanz alias Rechtfertigung und Streben mit den guten Werken. Dieser Tempel heißt „Fakultät für achtsame und maßvolle Lebensgestaltung“, und er enthält Botschaften, die das Leben sinnvoll begleiten und kritisch ermutigen. Nicht „Geh an deine Grenzen und dann geh weiter“, sondern: Geh an deine Grenze und achte sie. Ein Tempel hat Geländer für Ältere und für das Älterwerden, Freiraum für Spiel für die Kreativität und Nachdenklichkeit.

Was Gesundheit angeht, ist es mit dem Einfür Allemal nicht getan. Wir Menschen gehören nicht uns selbst, so oder so nicht. Egal ob freiwilliges Training oder gezwungenermaßen lebenslange Medikamentengaben und Behandlung: Exzellente Lebensförderung ist im bildenden Sinne nicht nur akut, sondern chronisch. Das Leben wird nicht in einem Fitnessband aufgezeichnet, und es besteht auch nicht nur aus den bewältigten Schritten und Kilometerleistungen, welche die modernen Apps in den Smartphones uns aufzeichnen. Die Logik des Lebens, ihre Vita-Logie, und die Aufzeichnung des Lebens, ihre Bio-Grafie, sind gewollt sowie gegeben zugleich, vorgeformt sowie gestaltbar. Geprägte Form, die lebend sich entwickelt, würde Goethe sagen. Deshalb ist es gut, den Blick wissenschaftlich, vor allem pädagogisch und eben ganz deutlich auch kirchlich auf die gestaltbaren Möglichkeiten zur Bildung und Stärkung des Gesunden, zur erhaltenden Lebensführung und nachhaltigen Weltgestaltung zu werfen. Entsprechend dem liebenden und achtsamen Blick Gottes.

Das Leben mit Wegmarken und Geländern auszustatten, die uns leiblichen Menschen einen sorgsam Kontakt zu uns selbst inmitten der sich wirklich verändernden Welt verschaffen – uns Menschen mit einem Leben, das sich nur ganz begrenzt in den je „hauseigenen“ Tempeln abspielt. Dafür wünsche ich uns offene Augen, Ideen, Mut und Gottes Geist, Leben als Gnade zu sehen und seine kostbare Erkundung in christlicher Perspektive bewegend und hoffnungsvoll zu gestalten. ◆

”

In der „Fakultät für achtsame und maßvolle Lebensgestaltung“ lautet der Slogan nicht „Geh an deine Grenzen und dann geh weiter“, sondern: „Geh an deine Grenze und achte sie.“

“



© Zerbor / stock.adobe.com

KIRSTEN RABE

Corona, religiöse Bildsprache und theologische Deutungen

Ein Blick in die Presse

Die Ereignisse um die Corona-Pandemie bestimmen seit Monaten die Nachrichten – in Print, Fernsehen und Radio, vor allem online. Wohl niemals zuvor war die Taktung der aktualisierten Nachrichten so eng und rasant, der Blick in den jeweiligen Nachrichtenservice des eigenen Smartphones so häufig und selbstverständlich. Der religionspädagogische Blick kann dabei nicht umhin, die Spuren von religiöser Bildsprache ebenso wie religiöse bzw. theologische Deutungen und Fragen der Pandemie wahrzunehmen. Manche Headline der Nachrichten macht dabei nachdenklich, einige leuchten unmittelbar ein, andere erschrecken – aus sehr unterschiedlichen Gründen.

Eine Momentaufnahme zum Nachdenken und Diskutieren.

Ist Corona eine Strafe Gottes? Das hättet ihr wohl gern!

(Frank Muchlinsky, evangelisch.de am 13.03.2020)

Ich mag es ja gar nicht glauben, aber es gibt tatsächlich Leute, die meinen, die Corona-Pandemie sei eine Strafe Gottes. Noch unglaublicher finde ich, dass die Leute, die so etwas behaupten, auch gleich wissen, wofür Gott die Menschheit hier angeblich bestraft.

Wer hätte das gedacht? Gott straft die Menschen für das, was man selbst schon immer für falsch hielt: China wird bestraft für den

Umgang mit den Uiguren, die Europäer werden für ihre offenen Grenzen bestraft und natürlich bestraft Gott mit Corona die LGBTQ*-Gesellschaften, weil – na ja, darum! [...]

www.evangelisch.de/inhalte/167079/13-03-2020/list-corona-eine-strafe-gottes-das-haettet-ihr-wohl-gern-kommentar-frank-muchlinsky



Ist die Corona-Pandemie eine Strafe Gottes? Pro und Kontra

(idea.de am 01.04.2020)

Wetzlar (idea) – Das Coronavirus sorgt für eine globale Katastrophe: Hunderttausende sind infiziert, Tausende bereits gestorben. Die Ausbreitung des Virus legt zahlreiche Länder lahm. Manche Menschen fragen, wie Gott das zulassen konnte. Andere gehen noch weiter und nennen Gott als Urheber des Virus. Ist die Pan-

demie eine Strafe Gottes? Auf diese Frage antworten zwei Theologen in einem Pro und Kontra für die Evangelische Nachrichtenagentur idea (Wetzlar). [...]

www.idea.de/glaube/detail/list-die-corona-pandemie-eine-strafe-gottes-112446.html



Corona-Krise: Die Apokalypse ist nicht der Weltuntergang

(Hannes Stein, welt.de am 19.04.2020)

Die Apokalypse ist nicht der Weltuntergang. Das griechische Wort „apokalypsis“ bedeutet keineswegs Katastrophe: Es bedeutet Offenbarung. Das Alte vergeht, eine andere Welt tritt ins Licht; der apokalyptische Moment ist jener, wenn alle Hüllen fallen. [...]

www.welt.de/kultur/article207107673/Corona-Krise-Die-Apokalypse-ist-nicht-der-Weltuntergang.html



Sehnsuchtsort: Der Wald kennt kein Corona

(Stefan Dege, dw.com am 24.04.2020)

Nicht nur ein Paradies für Jogger und Hundebesitzer: Gerade jetzt ist der Wald Sehnsuchtsort und Rückzugsraum – und frei von Corona-Ängsten. Was macht den Wald zur (fast) krisenfreien Zone?

Wo einst Elfen und Hexen hausten, wo schon Goethe dichtete „Über allen Gipfeln ist Ruh“, da zieht in diesen Tagen mit Macht der

Frühling ein. Doch nicht nur der belebt das an Mythen und Versprechungen reiche Grün: Wegen der Corona-Pandemie ist Social-Distancing oberste Bürgerpflicht, und so zieht es jetzt viele Menschen in Deutschlands Wälder. [...]

www.dw.com/de/sehnsuchtsort-der-wald-kennt-kein-corona/a-53201083



Virus der Einsamkeit

(Petra Bahr in der ZEIT am 20.03.2020)

Der Mensch braucht den Mitmenschen. Doch in Zeiten von Corona wird der Nächste zur potenziellen Gefahr. Wie man als Christ trotzdem gut durch den Ausnahmezustand kommt [...]

www.zeit.de/2020/13/coronavirus-naechstenliebe-einsamkeit-ausnahmezustand-zusammenhalt



Löws große Worte: „Die Erde wehrt sich gegen die Menschen“

(kicker.de am 18.03.2020)



„Die letzten Tage haben mich schon sehr nachdenklich gestimmt“, sagte Joachim Löw am Mittwoch bei einer kurzfristig anberaumten DFB-Presskonferenz und das war ihm anzumerken. Der Bundestrainer gab mitten in der Corona-Krise ein bemerkenswertes Statement ab.

„Nichts ist mehr, wie es vorher war“, sagte Löw. „Die Welt hat ein kollektives Burnout erlebt. Die Erde scheint sich ein bisschen zu stemmen und zu wehren gegen die Menschen und

gegen ihr Tun. Der Mensch denkt immer, dass er alles weiß und alles kann. Das Tempo, das wir in den letzten Jahren vorgegeben haben, war nicht mehr zu toppen. Macht, Gier, Profit, Rekorde standen im Vordergrund. Umweltkatastrophen in Australien oder sonst wo haben uns nur am Rande bewegt. Krankheiten wie Ebola sind irgendwo stecken geblieben.“ [...]

www.kicker.de/772409/artikel

Keine Gottesdienste an Ostern. Nächstenliebe heißt Corona-Regeln einhalten

(Alina Braun, swr.de am 08.04.2020)



Der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche zeigt Verständnis dafür, dass die Kirchen auch über die Osterfeiertage geschlossen werden. Man müsse sich jetzt auf Experten verlassen.

Heinrich Bedford-Strohm [...], findet es gut, dass es auf Grund der Corona-Pandemie über die Osterfeiertage keine Gottesdienste geben

wird. Im SWR sagte er: „Dass wir uns an die Regeln halten, ist aus meiner Sicht eine Konsequenz des Doppelgebotes der Liebe: Gott lieben und den Nächsten lieben.“ [...]

www.swr.de/swraktuell/geschlossene-kirchen-wegen-corona-pandemie-100.html

Nicht das Schuppentier ist schuld, sondern der Mensch

(mdr.de am 27.03.2020)



Fast so lange wie das neuartige Coronavirus begleitet uns die Frage, wie es zum Menschen gelangen konnte. Eine Forschungsgruppe ist dieser Frage wieder einen Schritt näher gekommen.

Was folgt sind erste Forderungen, unseren Umgang mit Tieren zu überdenken. [...]

www.mdr.de/wissen/schuppentier-pangolin-uebertraeger-corona-100.html

Corona – eine Chance für Solidarität und Gerechtigkeit? Die Verantwortung sozialwissenschaftlicher Akteure

(Prof. Dr. Armin Schneider, fokus-sozialmanagement.de o. Datum)



Corona trifft alle gleich, weltweit sind die Menschen von dieser Pandemie betroffen und leiden unter den Beschränkungen, den Schutzmaßnahmen und unter der Krankheit – zumindest solange es keine Impfung und gesicherte Heilmethoden gibt. Dieses „alle in einem Boot sitzen“ sollte auch Leitlinie für die Zeit nach Corona bleiben und gerade dann gelten, wenn es Impfung und Therapie gibt!

Je länger die Krise andauert, umso eher löst sich die Solidarität auf: Alte Gräben werden wieder aufgemacht, die Diskussion, ob die Wirtschaft oder die Gesundheit wichtiger sind, flammt auf. Ebenso mehren sich die Stimmen, jetzt mehr dem Markt zu überlassen auf der ei-

nen Seite und jetzt mehr zu verstaatlichen auf der anderen Seite.

Die für viele jetzt zwangsweise verordnete Entschleunigung könnte eine Chance sein, sich der wesentlichen Dinge zu besinnen und die solidarische Haltung in die Zukunft „zu retten“. In Politik, in der Sozialwirtschaft, der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen sollten Solidarität und Gerechtigkeit weiter Maßstab für die Zeit der wie auch immer weitergehenden Normalität sein. [...]

www.fokus-sozialmanagement.de/corona-eine-chance-fuer-solidaritaet-und-gerechtigkeit

Wie verändert sich der Umgang mit dem Tod in Zeiten von Corona? „Alles bekommt noch einmal mehr Tiefe und Intensität.“

(Interview von domradio.de mit dem Bestatter David Roth am 10.04.2020)

Statt großer Abschiedsfeiern mit öffentlicher Anteilnahme Bestattungen im engsten Familienkreis. Das fällt vielen Trauernden schwer. Trotzdem hat das auch etwas Gutes, weil es den Blick auf das Wesentliche lenkt, findet der Bestatter David Roth. [...]

www.domradio.de/themen/seelsorge/2020-04-10/alles-bekommt-noch-einmal-mehr-tiefe-und-intensitaet-wie-veraendert-sich-der-umgang-mit-dem-tod



Die Grausamkeit der „Triage“. Der Moment, wenn Corona-Ärzte über den Tod entscheiden.

(Malte Lehming, tagesspiegel.de am 17.03.2020)

Zu viele Patienten, zu wenige Beatmungsgeräte. In Italien entscheiden Ärzte bei Covid-19-Patienten, wer behandelt wird und wer stirbt. Über ein moralisches Dilemma. [...]

www.tagesspiegel.de/wissen/die-grausamkeit-der-triage-der-moment-wenn-corona-aerzte-ueber-den-tod-entscheiden/25650534.html



Zukunftsszenarien nach Corona. Gesundheit wird nicht mehr nur eine individuelle Angelegenheit sein.

(Daniel Dettling, tagesspiegel.de am 05.04.2020)

Was kommt nach der Corona-Krise? Hält die Solidarität an oder schottet sich die Welt zunehmend ab? Unser Gastautor schaut auf die Zeit nach der Pandemie.

Covid-19 ändert unsere Zukunft radikal. Die Welt, die wir bisher kannten, löst sich vor unseren Augen auf. Nach der Krise wird sie eine andere sein. Die Pandemie verändert die Art, wie wir arbeiten, lernen und leben. In der Debatte, was auf die Zeit nach Corona folgt, stehen

sich aktuell zwei Szenarien fundamental gegenüber: „Die totale Isolation“ – eine Welt „Alle gegen Alle“ – sowie das Szenario einer neuen „Wir-Welt“, die gleichzeitig autonomer und vernetzter sein wird. [...]

www.tagesspiegel.de/politik/zukunftsszenarien-nach-corona-gesundheit-wird-nicht-mehr-nur-eine-individuelle-angelegenheit-sein/25703810.html



Bin ich ein schlechter Mensch, wenn mir in der Corona-Krise ein normales Leben wichtiger ist als die Gesundheit anderer?

(Josh Groeneveld, businessinsider.de am 26.04.2020)

Die Freiheit kehrt zurück, ein wenig. Die ersten Geschäfte in Deutschland machen wieder auf, so wie bald auch die ersten Schulklassen, manche Museen oder Zoos. Veranstaltungen gibt es auf Sicht noch keine, aber vielleicht wird im Mai wieder Bundesliga gespielt. Ohne Zuschauer im Stadion, aber doch Fußball — unnormale Normalität, übliches Geschäft in unüblichen Zeiten.

Die Corona-Krise in Deutschland geht so in ihre zweite Phase. Auf den Lockdown folgen die Lockerungen, und auf die Lockerungen „Öff-

nungsdiskussionsorgien“, so hat es die Bundeskanzlerin bezeichnet. Denn das bisschen neuer, alter Alltag birgt Verlockungen: Könnten in den Schulen nicht schneller mehr Klassen geöffnet werden? Und vor allem die Kitas? Und die Spielplätze in den Städten? Die Kirchen? Oder die Fitnessstudios? Gar die Gaststätten? [...]

www.businessinsider.de/politik/deutschland/bin-ich-ein-schlechter-mensch-wenn-mir-in-der-corona-krise-ein-normales-leben-wichtiger-ist-als-die-gesundheit-anderer



NICOLE SCHWARZER UND ANJA KLINKOTT

Medizin und ethische Fragen im Film



NICOLE SCHWARZER

ist Referentin für
Bücherei- und
Medienarbeit im Haus
kirchlicher Dienste.

ANJA KLINKOTT

ist Disponentin und
Medienpädagogin
in der Bücherei- und
Medienarbeit im Haus
kirchlicher Dienste.

Am Sterbebett seiner Mutter erkennt ein Arzt seine eigenen Grenzen. Ein junger Mann am Beginn seines Erwachsenseins wird mit seinem Tod zum Lebensretter einer Mutter zweier Söhne. Ein junger Attentäter konfrontiert Lebensretter mit seinen Gedanken. Ein unsympathischer Cowboy übernimmt Verantwortung für seine Gesundheit und stellt sich damit einem mächtigen System entgegen.

In allen Geschichten lernen wir Menschen kennen, die an ihre Grenzen kommen, moralisch und ethisch. Wir erleben Mediziner*innen, Ärzt*innen und medizinisches Personal in den Konflikten zwischen Opfer und Täter*in, zwischen am Leben erhalten und sterben lassen, zwischen den Eltern, die ihre Kinder loslassen müssen, und den Kindern, deren Eltern weiterleben dürfen. Wir erleben sie zwischen politischen Interessen und dem Schicksal der einzelnen Person.

Diese Menschen kümmern sich als erste um die Schwächsten in unserem Leben. Sie stehen

direkt neben ihnen, wenn es ihnen schlecht geht, wenn Körper und Geist nicht mehr das tun, was unsere Gesellschaft fordert. Diese Helfenden stehen immer wieder an den Wendepunkten unseres Lebens, am Beginn und am Ende. Das ist ihr Auftrag. In diesem Frühjahr sind sie besonders in unseren Fokus gelangt und wir haben Raum, uns darüber bewusst zu werden und Fragen zu stellen.

Wie gehen wir mit unserer Gesundheit um, welchen Lebensstil verfolgen wir und werden wir unserer Verantwortung gerecht? Wann ist ein Leben lebenswert? Wo sind die Grenzen, wenn wir den Menschen selbst gestalten wollen? Wie gehen wir mit Kranken und Sterbenden um und wie mit den Lebenden?

Die hier vorgestellten Spiel-, Kurz- und Dokumentarfilme stellen eine kleine Auswahl an Geschichten bereit, die es möglich machen, uns diesen Fragen zu widmen.

Mehr Geschichten finden Sie unter www.medienzentralen.de.



Dallas Buyers Club

Jean-Marc Vallée,
USA 2013

Dallas Buyers Club

Jean-Marc Vallée, USA 2013,
Spielfilm 117 Minuten,
FSK ab 12 freigegeben, empfohlen ab 16 Jahren

Texas, Mitte der 1980er-Jahre. Rodeoreiter Ron Woodroof lebt großspurig und verschwenderisch. Nach einer seiner zahlreichen illegalen Wetten drückt es sein Bekannter im passenden Jargon aus: „Eines Tages werden sie dir die Scheiße aus dem Leib prügeln, oder noch Schlimmeres.“ Und Woodroof antwortet, der Geschichte vorgreifend: „Ach, an irgendwas muss man doch sterben.“ Als ihm seine Ärzte

bei einer Unfalluntersuchung eröffnen, dass er HIV-positiv ist und nur noch wenige Wochen zu leben hat, verändert sich seine Sicht auf Leben und Wirken in kleinen Schritten.

Homophob, arrogant und zynisch sucht er nach eigenen Wegen, die schnell voranschreitende Krankheit zu bekämpfen, statt seinen Ärzten zu vertrauen. Woodroof springt über seinen Schatten, beschafft sich illegal nicht zugelassene Medikamente und startet einen regen Handel mit Hilfe des transsexuellen Rayon an andere AIDS-Kranke. Doch sein Beschaffungsring „Dallas Buyers Club“ macht Furore und ruft die Gesundheitsbehörde auf den Plan.

Woodroofs Ziel, acht Sekunden auf dem Bullen zu bleiben, wird zum Symbol für einen Kampf gegen mächtige Interessen. „Woodroofs Erfolge haben [...] nichts Triumphales, sondern machen vielmehr die Absurditäten eines Gesundheitsapparats deutlich, der unheilbare Patienten zu juristischen Winkelzügen zwingt. Und mit seinen Fragen nach der Verantwortung von Staat und Pharmaindustrie gegenüber todkranken Menschen wird »Dallas Buyers Club« ganz nebenbei auch zu einem politischen Film.“ (Mihm, K., G. (2014). epd Film, 2014 (Februar), 42)

Ein Film, der keine großen Helden zeigt. Still und respektvoll nähert er sich einem Unsympa-

then, der sich im Lauf seiner Erkrankung entscheidet, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und damit auch für die anderer. Sprache und Bild des Films sind nichts für zarte Gemüter. Er zwingt uns, uns mit einer Wirklichkeit und ihren Folgen für den Einzelnen und unsere Gesellschaft in bitteren Tönen auseinanderzusetzen. Zuschauer*innen können viel lernen über Toleranz, Offenheit, Vorurteile, Verantwortung und die Entscheidungen im Leben.

Für die Bearbeitung des Themas im Unterricht ist er geeignet ab dem 10. Jahrgang. ◆

Die Lebenden reparieren

Katell Quillévére, Belgien/Frankreich 2016, Spielfilm 99 Minuten, FSK ab 12 freigegeben empfohlen ab 16 Jahren

Nach einem Unfall liegt Simon nur noch von Geräten am Leben erhalten im Krankenhaus. Bis auf sein Gehirn sind seine Organe jedoch unversehrt, weshalb er für eine Organspende in Frage kommt. Seine getrenntlebenden Eltern werden von den Ärzten sachlich vor eine Entscheidung gestellt, einem anderen Menschen womöglich das Leben zu retten. Währenddessen begegnet die herzkrankte Claire ihren beiden erwachsenen Söhnen. Der eine sorgt sich um Mutter und Bruder, während der andere sie, mit der Hoffnung sie zu schützen, belügt. Er tut es seiner Mutter gleich. Eine Transplantation ist ihre einzige Chance aufs Überleben.

Dokumentarisch, menschlich und metaphysisch umkreist die Inszenierung das Thema Organspende. Die Geschichten der einzelnen Figuren, die beruflich oder privat mit der Organspende zu tun haben, werden zur

kunstvollen Reise durch ein kleines Stück Leben bis zum Tod. Die Begegnung der verschiedenen Protagonist*innen, die an Simons und Claires Leben und Sterben teilhaben, authentische Wut, Stille und Trauer lassen den Betrachter*innen Raum, ihre eigenen Positionen in der Geschichte zu finden. Es lohnt sich, ihnen zuzusehen.

„Quillévére nimmt sich lyrische Freiheiten, eine Landschaft verwandelt sich in Meereswogen. Diese Poesie färbt ab auf die Operationssequenzen, die sie in schockierender, zuversichtlicher Ausführlichkeit filmt: als eingehaltenes Versprechen an die Lebenden und an den Toten.“ (Midding, G. (2017). epd Film, 2017 (34), 76)

Der Film ist gut geeignet für Erwachsene und ältere Jugendliche ab dem 10. Jahrgang. Achten sollten Lehrende in jedem Fall darauf, dass insbesondere die Operationsszenen belastend sein können. Der Film kommt mit viel Begleitmaterial zur Auseinandersetzung mit den Themen Tod, Verlust und Familie. ◆



Die Lebenden reparieren

Katell Quillévére –
Belgien/Frankreich 2016

CRISPR – Revolution im Genlabor

Claudia Ruby, Deutschland 2016, Dokumentarfilm 44 Minuten, FSK: Lehrprogramm gemäß § 14 JuSchG

Mit der Entwicklung der CRISPR/Cas-Technologie treten die Möglichkeiten gentechnischer Veränderungen in eine neue Phase: Wie mit einer Schere lassen sich mit diesem Verfahren aus dem genetischen Erbgut von Lebewesen und Pflanzen Teile herauschneiden, verändern

und ersetzen oder sogar hinzufügen. Die Vision einer Heilung von Erbkrankheiten rückt damit ebenso in greifbare Nähe wie die erweiterten Möglichkeiten gentechnischer Veränderungen von Pflanzen. Die Dokumentation widmet sich zu gleichen Teilen den Herausforderungen durch CRISPR in der Humanmedizin sowie in der Landwirtschaft.

Am Beispiel eines an einer Erbkrankheit erkrankten Teenagers wird gezeigt, welche Möglichkeiten einer Behandlung mit der Entwick-



CRISPR – Revolution im Genlabor

Claudia Ruby,
Deutschland 2016

lung von CRISPR verbunden sein können. Aber auch, welche ethischen Fragen dabei ernst genommen werden müssen. Bei der Erforschung der Methode für die Landwirtschaft werden Unterschiede zur bestehenden Gentechnik erklärt sowie Chancen, aber auch Risiken aufgezeigt. Im Film kommen sowohl die Betroffenen als auch Expert*innen aus Forschung und Medizin sowie theologischer Ethik und Biolandwirtschaft zu Wort.

Was darf die Medizin, was darf die Landwirtschaft? Auch die Entdecker und Forscher der Methode CRISPR sind sich der ethischen Schwierigkeiten bewusst. Schwere Erbkrankheiten früh und dauerhaft heilen zu können ist eine der Möglichkeiten, das Ermöglichen von „Designerbabys“ auf Bestellung eine andere. Neben ethischen Fragen kann eine solche Entwicklung auch zu weitreichenden politischen Konsequenzen führen. Ähnliches gilt für die Landwirtschaft. Für die Ernährung einer wachsenden

Weltbevölkerung kann diese Methode ein Segen sein. Allerdings ist die Forschung daran zeitlich und finanziell aufwändig, so dass sie überwiegend für große Unternehmen interessant ist.

Für die Zuschauenden ab etwa zwölf Jahren ist die Dokumentation eine gute Methode, einen differenzierten Einblick in einen sehr kleinen Teil des großen Bereichs der Gentechnik zu erhalten. Eine abschließende Wertung der Methode CRISPR findet nicht statt. Mit dem bereitgestellten Arbeitsmaterial können sowohl im Bereich der Naturwissenschaften als auch im Religions- und Ethikunterricht bestehendes Wissen vertieft, aber auch Vereinfachungen und Vorurteile thematisiert und diskutiert werden. Auch für Veranstaltungen im Bereich der Medizinethik gibt die Dokumentation gute Impulse und kann daher sehr breit eingesetzt werden. Arbeitsblätter bieten die Möglichkeit, sich mit den entstandenen Fragen theoretisch zu beschäftigen. ◆



Pränataldiagnostik – Wann ist Leben lebenswert?

André Rehse, Deutschland, 2011,
Dokumentation 17 Minuten,
FSK: Lehrprogramm gemäß § 14 JuSchG

Darf ein Mensch entscheiden, welches Leben lebenswert ist? Vor dieser Frage können auch Frauen stehen, die sich für eine vorgeburtliche Untersuchung entscheiden. Von vielen werden den Eltern wird diese Pränataldiagnostik zunächst als eine Möglichkeit gesehen, sich der gesunden Entwicklung ihres Babys zu vergewissern. Was aber geschieht, wenn eine solche Untersuchung den Verdacht oder schlimmer die Bestätigung für die geistige oder körperliche Behinderung eines Kindes dokumentiert? Im Film kommen Schwangere, Ärztinnen, Mütter, Familienangehörige sowie Berater*innen zu Wort. Mitglieder einer betroffenen Familie geben Einblick in ihren Alltag. Wie sieht das Leben mit einem behinderten Kind aus, welche Grün-

de können aber auch dafürsprechen, sich gegen ein Kind und für einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden? Welche rechtlichen Vorgaben müssen alle Beteiligten beachten?

Die Dokumentation zeigt exemplarisch die diagnostischen Möglichkeiten während einer Schwangerschaft und beleuchtet die Möglichkeiten, aber auch die ethischen Schwierigkeiten, die daraus entstehen können. Der Film ist in drei auch separat einzusetzende Sequenzen aufgeteilt, die den Einsatz im Unterricht erleichtern und einen guten Einstieg in die Thematik bieten. Da die im Film dargestellten Standpunkte auf Erfahrungen realer Menschen beruhen und von diesen berichtet werden, erleichtern sie den Verständnisprozess für die Schüler*innen. Je nach Altersstufe kann die Dokumentation im Sekundarbereich I als Anregung verstanden werden, sich mit Themen wie „Schwangerschaft“, „Pränataldiagnostik“, „Leben und Tod“ und „(eigene) Lebensentwürfe“ auseinanderzusetzen. ◆

Pränataldiagnostik – Wann ist Leben lebenswert?

André Rehse,
Deutschland, 2011

Erlösung

Eduardo Chaperó-Jackson, Spanien 2007,
Kurzspielfilm 16 Minuten,
FSK: Lehrprogramm gemäß § 14 JuSchG

Ein Arzt wird an das Krankenbett seiner Mutter gerufen. Auch wenn deren Pflegerin darauf hinweist, dass die alte Dame im Sterben liegt, ignorieren sowohl er als auch seine erwachsene Schwester das Unvermeidliche. Wie in einer Klinik setzt der Mediziner gezielt Medikamente ein, die der Patientin helfen sollen. Lediglich seine eigene Frau kann nach einiger Zeit die offensichtliche Qual der Schwiegermutter nicht mehr ertragen und hilft ihr mit liebevoller Ehrlichkeit, sich friedlich aus der Welt zu verabschieden.

Wie viel medizinische Behandlung benötigt ein Mensch? Welche Maßnahmen dienen dem*r Patient*in, welche sind mehr eine Beruhigung, „alles versucht zu haben“? Wo liegen die Grenze des Möglichen und der Beginn einer Palliativmedizin? Kann es eine Form von Richtlinien geben, die medizinischem Personal eine Handhabe, aber auch Entscheidungssicherheit gibt? Wer erlässt diese Richtlinien und nach wel-

chen Kriterien? Diese Fragen, die sich hier exemplarisch am Verhalten des Arztes am Sterbett der eigenen Mutter stellen, sind Fragen, die in der aktuellen Situation um die Krankheit Covid-19 für viele Mediziner*innen eine nie dagewesene Dringlichkeit bekommen.

Der Kurzspielfilm aus dem Jahr 2007 ist hochaktuell. Sehr deutlich wird der zum Teil qualvolle Sterbeprozess einer alten Dame gezeigt. Demgegenüber stehen die erwachsenen Kinder, die mit sehr unterschiedlichen Strategien versuchen, den sich abzeichnenden Verlust der Mutter zu verhindern. Der Film ist aufgrund der teilweise sehr drastischen Szenen für Schüler*innen frühestens ab dem Sekundarbereich II, besser aber noch in berufsbildenden Schulen zur Altenpflege oder in der Hospizarbeit geeignet. Er stellt exemplarisch gut die vier Stufen der Trauerbewältigung nach Elisabeth Kübler-Ross dar. Parallel dazu eignet sich der Film auch, um über unterschiedliche Formen von Trauer und deren Bewältigung ins Gespräch zu kommen.

Der Film und das Arbeitsmaterial stehen auch im Download zur Verfügung. ◆



Erlösung
Eduardo Chaperó-Jackson,
Spanien 2007

Stillstand (aus der DVD: Der schmale Grat)

Benjamin Teske, Deutschland 2011,
Kurzspielfilm 11 Minuten,
FSK: Lehrprogramm gemäß § 14 JuSchG

Nach einem Amoklauf an einer Schule wird der junge Assistenzarzt Alexander auf eine harte Probe gestellt. Es ist eine apokalyptische Situation, in die er aus dem Feierabend zurück in die Arbeit gerufen wird: Schwerverletzte, traumatisierte Menschen, dazwischen Angehörige und medizinisches Personal, das versucht, die Übersicht zu behalten. Sichtlich geschockt, aber routiniert verhalten sich Krankenpfleger, -schwestern und Ärzte und leiten die notwendigen Maßnahmen für eine Patientin mit Schussverletzung ein. Allen Bemühungen zum Trotz können sie die Frau nicht retten. Aber für niemanden bleibt Zeit, das Geschehene zu verarbeiten. Sofort muss das Team den nächsten Patienten behandeln. Hierbei, so stellen sie bald fest, handelt es sich um den Täter. Auch er ist verletzt. Allerdings scheint der noch sehr junge Mann sich an seiner Tat zu ergötzen und bringt das medizinische Personal damit an seine mentalen Grenzen.

Wie viel psychische Belastung erträgt ein Mensch? Wer hilft den Helfern? Wo bleibt in einer Ausnahmesituation, wie in diesem Film dargestellt, Zeit zur Reflexion und zur Neuorientierung? Der Kurzfilm zeigt exemplarisch und mit unterschiedlichen filmstilistischen Mitteln das Dilemma eines jungen Arztes. Es handelt sich um keine unrealistische Situation. Ein Szenario, wie es auch nach größeren Verkehrsunfällen oder anderen Unglücken entstehen kann. Auch dabei müssen Verursacher und Opfer gleichermaßen medizinisch behandelt werden. Dieser Film, entstanden 2011 im Rahmen eines Masterstudienganges an der Hamburg Media School, hat durch die Pandemie um Covid-19 eine neue Aktualität erreicht. Die Belastung, die „systemrelevante“ Mitarbeitende im Gesundheitswesen physisch wie psychisch erfahren, ist enorm. Die Entscheidungen, die sie zu treffen haben, stellen sie nicht selten vor ein moralisches Dilemma.

Der Film eignet sich für Schüler*innen ab 14 Jahren sowie an berufsbildenden Schulen als Impulsfilm und Diskussionsgrundlage zu schwierigen medizinischen und ethischen Entscheidungen. Der Film und das Arbeitsmaterial stehen auch im Download zur Verfügung. ◆



Der schmale Grat
Benjamin Teske,
Deutschland 2011

Buch- und Materialbesprechungen



Rainer Möller,
Clauß Peter Sajak (Hg.)

Religionspädagogik für Erzieherinnen. Ein ökumenisches Arbeitsbuch

Verlag W. Kohlhammer,
Stuttgart 2020
ISBN 978-3-17-036420-2
275 Seiten, EUR 27,00 €

RELIGIONSPÄDAGOGIK FÜR ERZIEHERINNEN

Welche Kompetenzen benötigen Erzieherinnen für religiöse Bildung und Erziehung in Kitas? Und wie kann ein methodisch-didaktisches Konzept aussehen, das Fachkräfte in der Aus- und Fortbildung beim Erwerb und der Weiterentwicklung der Fähigkeiten unterstützt? An diesen Leitfragen orientiert sich das ökumenische Arbeitsbuch „Religionspädagogik für Erzieherinnen“.

Ein Team aus evangelischen und katholischen Religionspädagog*innen hat das bisherige Arbeitsbuch grundlegend überarbeitet. Vor dem Hintergrund religiöser Pluralität in den Kitas finden sich mehrere Beiträge einer muslimischen Religionspädagogin. Die Perspektiven von Menschen, die sich keiner Religion bzw. Konfession zugehörig fühlen, versucht der Band ebenfalls an einigen Stellen zu berücksichtigen.

Die fünf Kapitel des Arbeitsbuches nehmen die grundlegenden Kompetenzen auf, die Erzieherinnen für die religionspädagogische Praxis brauchen. Das erste Kapitel wendet sich der Berufsrolle der Erzieherin zu und beschreibt grundlegende theologisch-didaktische und personale Kompetenzen. Das zweite Kapitel „Kinder verstehen lernen“ geht vor allem auf die psychische, kognitive, moralische und religiöse Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ein. Unterschiedliche Stufenmodelle der Entwicklung werden vorgestellt. Nach dem Blick auf die ‚Akteur*innen‘ beschäftigt sich das dritte Kapitel mit „Religion und religiöser Identität in der modernen Gesellschaft“. Neben Klärungen zum Religionsbegriff und einer knappen Bestandsaufnahme der gesellschaftlichen Bedeutung von Religion skizziert das Kapitel Besonderheiten jugendlicher Religiosität. Hinweise zur religiösen Sozialisation führen schließlich zu einem der Kernanliegen des Bandes: die Erzieherinnen bei der Ausbildung einer eigenen religiösen Identität zu unterstützen, um die Persönlichkeit des*der Einzelnen zu stärken und vor abwertenden und ausgrenzenden religiösen Haltungen zu bewahren.

Das vierte zentrale Kapitel stellt die „konzeptionellen Grundlagen religionspädagogischer Arbeit“ vor. Die Aufgaben religiöser

Bildung werden praxisnah erläutert und mit unterschiedlichen Konzeptionen ins Gespräch gebracht. Im Ergebnis wird ein Konzept vorgeschlagen, das religiöse Bildung als alltagsorientierten Bestandteil pädagogischen Wirkens versteht: Religiöse Bildung kommt nicht von außen oder nur in besonderen Angeboten bzw. Aktionen dazu, sondern scheint im alltäglichen Zusammenleben als eine Dimension auf, die den Kindern hilft, ihre Lebenssituationen zu verstehen und zu bewältigen. Ausgangspunkt sind jeweils die Erfahrungen der Kinder. Die Erzieherinnen haben die Aufgabe, diese religiöse Dimension wahrzunehmen und für diese Situation eine „religiöse Vertiefung“ zu ermöglichen und so die Kinder in ihrer religiösen Entwicklung zu begleiten. Mit diesem Ansatz verbindet der Band ein didaktisches Modell für den Unterricht und für Fortbildungen: Statt Themen oder Lernfelder zum Ausgangspunkt des Lernens zu machen, die im Nachhinein auf die Praxis bezogen werden, stehen ausgewählte Alltagssituationen im Fokus. In der Wahrnehmung, Reflexion und Gestaltung der Situationen sollen die (angehenden) Erzieherinnen die erforderlichen Kompetenzen erwerben und erweitern.

Fünf Alltagssituationen werden dazu exemplarisch vorgestellt, pädagogisch reflektiert und auf die tiefer liegende religiöse Dimension befragt: „Rund um das Mittagessen“. „Ein Konflikt unter Kindern entsteht“. „Ein Kind wird krank“. „Ramadan in der Kindertagesstätte“. „Wenn Armut sichtbar wird“. Jede Alltagssituation wird in einem einführenden Teil beschrieben und in einem zweiten Teil mit methodisch-didaktischen Impulsen versehen. Die Aufgaben und Diskussionsanregungen dienen als Anstöße für die weitere Bearbeitung im Unterricht der Fachschule und Fachhochschule bzw. in der Fortbildung.

Das fünfte Kapitel gibt Einblicke in sechs exemplarische Methoden, die in der religionspädagogischen Praxis eine wichtige Rolle spielen. Neben „Kindertheologie/Kinderphilosophie“ sind dies: „Musisch-ästhetische Zugänge“, „Rituale entwickeln und gestalten“ und „Übungen zur Stille und Achtsamkeit in der Kita“. Die beiden

weiteren Methoden „Glaubensgeschichten erzählen und gestalten“ sowie „Religiöse Orte erkunden“ lassen in der Formulierung erahnen, dass der interreligiöse Aspekt mitgedacht werden soll.

Wie löst das Arbeitsbuch sein Vorhaben ein?

Der konzeptionelle Ansatz einer alltagsintegrierten religiösen Bildung knüpft an praxisbewährte Modelle an und ist sowohl überzeugend wie empfehlenswert. Dies gilt ebenso für das didaktische Vorgehen, an Alltagssituationen anzusetzen und sie im Unterricht bzw. in der Fortbildung pädagogisch und religionspädagogisch zu erschließen, um damit die Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen zu erweitern. Die Vertiefung der Situation mit einer religiösen Dimension wird in den reflektierten Alltagssituationen unterschiedlich eingelöst. Die Mittagessenssituation und die Überlegungen zur Feier des Ramadans in der Kita zeigen überzeugend auf, welche religiösen Bezüge im Alltag enthalten sind und wie sie praktisch eingebracht werden können. Das Kapitel zum Umgang mit Konflikten regt zu Nachfragen an: Inwiefern eignen sich die theologischen Kategorien von Umkehr, Schuld und Vergebung, um die ausgewählte Konfliktszene religiös zu erschließen, in der ein Krippenkind das Bauwerk von zwei Kindergartenkindern zum Einsturz bringt? Hier könnten auch andere religiöse Bezüge eingespielt werden, die die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder stärker berücksichtigen. Die Alltagssituation, dass ein Kind krank wird, in den Pool der Überlegungen zu nehmen (an Stelle des Umgangs mit Tod und Trauer), leuchtet sofort ein. Die pädagogische Beschreibung der Bedürfnisse dieses Kindes, der Erzieher*innen und der anderen Kinder in der Kita ermöglichen einen weiten Blick auf die Situation und Handlungsmöglichkeiten. Die religionspädagogische Vertiefung konzentriert sich jedoch auf den Begriff der Hoffnung und deutet nur an, dass es eine Reihe von biblischen Geschichten gibt, die Kinder bei der Bewältigung der Krankheitssituation unterstützen können, ohne dies zu vertiefen oder zu konkretisieren. Anregend wäre eine Diskussion, welche Geschichten und Identifikationsangebote rund um Heilung, Trost, Klage, Zweifel, Gottes Nähe/Ferne und Vertrauen geeignete Anstöße geben können. Der Abschnitt über das tatsächlich enorm wichtige und oft übergangene Problem der Armut von Kindern und Familien beschreibt differenziert und engagiert die Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern und die Herausforderungen armutssensibler Handlungsstrategien in der Kita. Überraschenderweise fehlt hier

die religionspädagogische Vertiefung. Hier wären Impulse möglich, die an biblische Grundzüge einer Parteinahme Gottes für die Armen anknüpfen und mit Erfahrungen der Kinder ins Gespräch bringen.

Auch an anderen Stellen regt das Buch weiterführende (kontroverse) Diskussionen an. Das Kapitel zur religiösen Entwicklung der Kinder legt vor allem die Stufenmodelle zugrunde, obwohl die Beschreibungen der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung für das Alter der Krippen- oder Kitakinder sehr schematisch und kaum differenziert sind und so wenig helfen, die unterschiedlichen Entwicklungsstände der Kinder angemessen wahrzunehmen und zu begleiten. Hier wäre ein Blick auf neuere Forschungen eine notwendige Ergänzung, die differenzierter beschreiben, welche Faktoren religiöses Denken und Fühlen im Kita-Alter beeinflussen und welche Handlungsmöglichkeiten sich daraus ergeben.

Bei der Einführung in die exemplarischen Methoden überzeugen besonders die Kindertheologie, die Glaubensgeschichten, die Rituale und die Übungen zur Achtsamkeit und Stille. Die Methoden werden in ihrer Vielfalt sichtbar und durch die Impulse für eine Bearbeitung in Aus- und Fortbildung praxisnah bearbeitbar.

Die Kommentare aus muslimischer Sicht sind eine erkennbare Bereicherung. Die ausgewählten Aspekte (u.a. zu den Speisegeboten, zum Erzählen von Glaubensgeschichten) bringen eine authentische Stimme ins Gespräch und weisen wiederholt darauf hin, neugierig wahrzunehmen, wie vielfältig muslimische Kinder und Familien die eigene Religion leben. Diese Perspektiven können darum ein hilfreicher Bestandteil für erforderliche konzeptionelle Überlegungen sein, wie eine kirchliche Kita religiöse Vielfalt leben kann. Da auch diese Fragen die Interessen des (kirchlichen) Trägers betreffen, wäre – wie im Vorläuferband – ein Kapitel zur Zusammenarbeit von Kita und Kirchengemeinde eine gute Möglichkeit, über Unterstützungssystem für die religionspädagogische Arbeit in der Kita nachzudenken.

Fazit: Das ökumenische Arbeitsbuch bietet für Lehrkräfte und Fortbildner*innen einen überzeugenden religionspädagogischen Ansatz sowie eine Reihe von einsetzbaren Impulsen für Lerngruppen. Zugleich fordert es heraus, Alltagssituationen religiös zu erschließen, bei denen das Buch selbst nicht alle Fragen beantwortet. ◆

Gert Liebenehm-Degenhard

RESONANZPÄDAGOGIK AUF DEN PRÜFSTAND



Jens Beljan,
Michael Winkler

**Resonanz-
pädagogik auf den
Prüfstand.
Über Hoffnungen
und Zweifel an
einem neuen
Ansatz**

Weinheim: Beltz 2019
ISBN 978-3-407-25815-1,
120 Seiten, 19,95 €

Der Erziehungswissenschaftler Jens Beljan hat in seiner Dissertation die Resonanztheorie des Sozialphilosophen Hartmut Rosa auf „Schule als Resonanzraum und Entfremdungszone“ angewendet und damit einen Entwurf vorgelegt, den er selbst unter das Label „Resonanzpädagogik“ stellt. In dem vorliegenden Band diskutiert Beljan seinen Ansatz mit dem Pädagogikprofessor Michael Winkler. Die neun Kapitel sind durchgehend in Dialogform aufgezeichnet: als Gespräch zwischen einem Verfechter eines neuen Ansatzes und seinem kritischen, wohlwollenden Mentor, der schon im Vorwort rät: „Da musst du tierisch aufpassen ... denn dafür kannst du ordentlich eins auf die Mütze bekommen.“ (7) Was so persönlich beginnt, entwickelt sich im Folgenden zu elaborierten Gesprächsgängen, die als Fragen nach dem Proprium, dem Stellenwert in der erziehungswissenschaftlichen Systematik und den Grenzen der Resonanzpädagogik Vignetten bildungstheoretischer Diskurse darstellen. In ihnen wird u.a. die historische und disziplinäre Verortung des Ansatzes vorgenommen (Kap. 2), nach der Normativität der Resonanzpädagogik als einer Pädagogik des guten Lebens gefragt (Kap. 3) sowie über die Methoden der Resonanzforschung diskutiert (Kap. 5). Den Schluss des Buchs bildet ein Nachwort von Hartmut Rosa. Rosa hat 2016 – ebenfalls in Dialogform und in demselben Verlag – mit dem ‚Lehrerfortbilder‘ Wolfgang Endres einen Entwurf zur Resonanzpädagogik herausgebracht. Im vorliegenden Band resümiert er darüber selbstkritisch, dass er und Endres hemdsärmelig begonnen haben, was Beljan später pädagogisch reflektiert unternommen hat: nämlich die Idee einer Resonanzpädagogik in die pädagogische Tradition seit Schleiermacher, Humboldt, Herder und dann auch Herbert einzuordnen (vgl. 116).

Beljans Ausgangspunkt für eine Resonanzorientierung ist seine Kritik an der gegenwärtig vorherrschenden Ressourcenfixierung in der Pädagogik, die Bildung als eine Kapitalform ansehe: Man konzentriere sich auf den kognitiven Outcome. Er sieht einen Zusammenhang zwischen diesem Maßstab und dem wachsenden Unbehagen an Schule. Ein ressourcenfixiertes Bildungssystem tendiere sehr stark dazu, den nötigen Leistungswillen sowie die Motivation durch extrinsische Anreize zu erzeugen und Prozesse wie Lernen und Unterrichten an einem Produktionsparadigma zu orientieren. „Um zu prüfen, ob sich wirklich alle mehr anstrengen,

ob der Produktionsprozess den gewünschten Output erzeugt, installiert man ein kleinteiliges Evaluationssystem. Es werden Kontrollinstanzen geschaffen, die prüfen und überwachen, ob die Leistungssteigerung tatsächlich erfolgt.“ (10) Beljan entwirft in seiner Argumentation kein Zerrbild von Kompetenz, die mithilfe von Resonanzpädagogik demontiert wird. Er spricht stattdessen explizit von einem Ergänzungsverhältnis von Ressourcen- und Resonanzorientierung, die einander benötigen und jeweils unterschiedlichen Logiken folgen (vgl. 17).

Was macht den Kern einer Resonanzpädagogik aus? Was sind die Merkmale einer resonanzsensiblen Schulwelt? Resonanzpädagogik ist Beljan zufolge am ehesten vergleichbar mit einer Beziehungsdidaktik, die von einem Primat der Beziehung ausgeht: „Resonanzpädagogik zielt auf die Ermöglichung spezifischer Beziehungserfahrungen zwischen Menschen, Bildungsinhalten und den über diese vermittelten Weltausschnitten.“ (38) Er versteht sie als „Weltbeziehungsbildung“, die einen dritten Raum zwischen der Kompetenzorientierung und der ästhetischen Bildung darstellt und auf beide angewiesen ist. Gelingende Weltbeziehungen sind Beziehungen mit einer spezifischen, einer resonanten Wechselwirkung. „In Resonanzbeziehungen machen wir die Erfahrung, dass es da draußen[,] aber auch in uns Dinge gibt, die uns ansprechen, uns herausfordern, infrage stellen – kurz: die uns berühren und uns bewegen.“ (13) Die folgenden Konkretionen Beljans bezogen auf Schule und Resonanz – wie beispielsweise: In einer Klasse kommt etwas ins Rollen, lebhaft Diskussionen entspinnen sich, eine Gruppe wird leise und lauschend, in Resonanzhäfen wird kooperiert, räsoniert und sich miteinander auf Dinge eingelassen, in ihnen können Lernende die Erfahrung machen, gesehen und gehört zu werden – sind Merkmale von gutem Unterricht und von lebendigen Lernsituationen, die er mithilfe der Resonanzperspektive erfasst und deutet.

Für den Prozess der doppelseitigen Beziehung von Welt und Selbst wählt Beljan in Anschluss an Rosa den Begriff der „formierenden Anverwandlung“ und spricht auch von der „transformatorischen Kraft“ von Resonanz in Bildungsprozessen (13). Damit stellt Beljan sich in die Tradition von Wolfgang Klafki, der Bildung als Prozess einer ‚doppelseitigen Erschließung‘ zwischen Mensch und Wirklichkeit begreift. Als vier Kernmerkmale der Resonanz

bestimmt Beljan Unverfügbarkeit, Affizierbarkeit, Selbstwirksamkeit und Transformation.

Winkler übernimmt in diesem Buchgespräch die Rolle des advocatus diaboli. Er wird nicht müde, nach dem Proprium, der disziplinären Verortung innerhalb der Erziehungswissenschaft und dem pädagogischen Wissenszuwachs, der durch Resonanzpädagogik erreicht wird, zu fragen. Er ordnet Beljans resonanztheoretische Aussagen bildungstheoretisch u.a. in die Konzepte von Mollenhauer, Herbart und Gruschka ein. Es wird beim Lesen nicht deutlich, ob Winkler seine Skepsis wirklich aufgibt, wenn er Beljan darin bestätigt, mit der Resonanzpädagogik für die unvermeidliche Offenheit aller pädagogisch organisierten Bildungsprozesse wie auch für das Intuitive im pädagogischen Handeln einzutreten.

Grundsätzlich bleibt zu fragen, ob diese weitere dialogische Schrift mit ihrem Mehr an pädagogischem Tiefgang für mehr Klarheit in Sachen Resonanzpädagogik sorgt. Für Lehrkräfte und in Resonanzpädagogik bislang unkundige Leser*innen wünscht man sich – bei allem Lesegenuss – eine pointiertere Darstellung des Ansatzes, die sich stärker an gegenwärtigen Herausforderungen von Schule und Unterricht orientiert. ◆

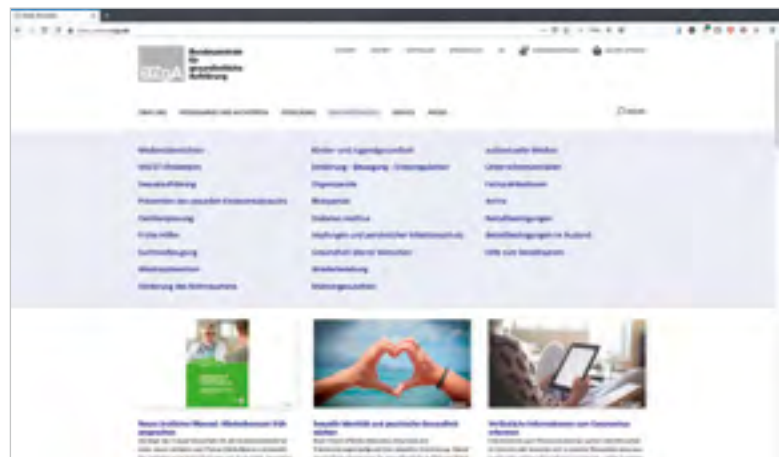
Barbara Hanusa

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA)

Für Unterrichtende wie allgemein für Menschen, die mit Kindern und Jugendlichen beruflich zu tun haben, ist die Internetseite www.bzga.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine sehr umfassende, solide und ansprechende Informationsplattform. Hier findet sich eine Vielzahl von Informationen, Studien, Angeboten und Kontaktadressen, die darin eine gemeinsame Grundlage haben, der gesundheitlichen Aufklärung und der Förderung der Gesundheit zu dienen. So finden sich im Servicebereich u.a. zahlreiche Links zu (auch regionalen) Beratungsstellen und Einrichtungen, etwa zu den Bereichen Glücksspielen oder Sexualität, Partnerschaft und Verhütung (www.bzga.de/service/beratungsstellen).

Im letztgenannten Bereich wird derzeit die zuletzt 2015 beendete Studie „Jugendsexualität“ für 2019/20 erneut durchgeführt. 2015 wurde u.a. deutlich, wie wichtig Lehrer*innen als Ansprechpartner*innen in der Schule gerade im sensiblen Bereich Verhütung sind. Im Elternhaus sehen sich nur ca. 50 Prozent der Jugendlichen in der Lage, Gespräche zu diesen Themen zu führen.

Außerdem werden erste Ergebnisse der breit angelegten Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland – GeSiD“ ab September 2020 erwartet. Hier wurden erstmals bundesweit wichtige Basisdaten zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen von Erwachsenen erhoben, welche in die Arbeit mit der Kampagne



ne LIEBESLEBEN (vormals „Gib AIDS keine Chance“) einfließen.

Die Internetseite bietet somit nicht nur für Fachlehrkräfte im Bereich Religion sehr hilfreiche Informationen, sondern auch für Klassen- und Beratungslehrer*innen sowie in der Schulseelsorge Tätige. Darüber hinaus ermöglichen die Themen fächerübergreifende Projekte etwa mit den Fächern Biologie und Politik, in den berufsbildenden Schulen auch mit Gesundheit und Sozialpädagogik.

Die in Köln ansässige BZgA untersteht – wie z. B. das Robert-Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut – dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). ◆

Felix Emrich

Übersicht über den Menüpunkt „Infomaterialien“ auf der Website der BZgA

BERNHARD DRESSLER

Nachruf

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Andreas Feige



Andreas Feige
© privat

Am 2. April 2020 ist Andreas Feige nach langer schwerer Krankheit gestorben. Sein Tod ist ein schmerzlicher Verlust für die Religionssoziologie, aber besonders auch für die Religionspädagogik. Viele Menschen, die mit ihm in Kooperationen im Schnittfeld von Soziologie und Theologie kollegial und freundschaftlich verbunden waren, werden ihn traurig vermissen.

Mit dem RPI Loccum ist Andreas Feige auf besondere Weise verbunden durch die bedeutende, im Jahr 2000 veröffentlichte Studie „„Religion“ bei ReligionslehrerInnen. Religionspädagogische Zielvorstellungen und religiöses Selbstverständnis in empirisch-soziologischen Zugängen“. Das gesamte Kollegium des RPI trug seine Expertise in die Konstruktion des Fragebogens dieser Untersuchung ein. Unvergesslich die intensiven, immer auch große Geduld erfordernden Kollegiumssitzungen, mit hohem wissenschaftlichem Ertrag, aber auch mit höchstem Lerngewinn für alle Beteiligten. Mit der massenstatistischen Fragebogenerhebung verband sich in diesem Forschungsprojekt die qualitative, hermeneutisch-rekonstruktive Analyse von berufsbiografischen Interviews, sodass die Verbindung von (religions-)soziologischer und religionspädagogischer Kompetenz für künftige Forschungen auf diesem Feld maßstabsetzend wurde. So konnte sich dann auch eine konfessionsübergreifende Replikationsstudie in Baden-Württemberg anschließen.

Für die Religionspädagogik gleichfalls von großer Bedeutung ist die von Andreas Feige (zusammen mit Carsten Gennerich) erarbeitete und 2008 veröffentlichte Untersuchung über „Lebensorientierungen Jugendlicher“, die leider – im Unterschied zu nicht annähernd so methodenbewussten und religionstheoretisch voraussetzungs- und ertragreichen Untersuchun-

gen – viel zu wenig beachtet wurde. Was diese Studie zur religionspädagogischen Orientierung leistete (und noch leisten kann), wird im Kontrast zu anderen empirischen Untersuchungen deutlich, in denen die Zustimmung zu kirchlich-religiösen Semantiken als Indikator für Religiosität gilt. Dabei werden dann zumeist Gottesbegriff und christliche Moral nahezu identifiziert, und das Verhältnis von Glaubensvorstellungen und Werthaltungen wird einlinig deduktiv gedacht. Demgegenüber bleibt in Feiges und Gennerichs höchst umfangreichem Projekt die Kommunikation von Probanden über das, was ihnen „heilig“ ist, frei, ergebnisoffen, freilich auch von keiner als „typisch“ geltenden kirchlich-religiösen Semantik und deren Richtigkeitszumutungen behaftet. Zugleich ist durchaus zu sehen, dass und wie religiöse Semantiken und die Konvertierbarkeit religiöser Zeichen und Symbole Einfluss auf die Selbstthematisierung religiöser Vorstellungen und Gefühle haben. Für die Gestaltung religiöser Bildungsprozesse ist daraus zu lernen, dass es in ihnen um religiöse Sprach- und Kommunikationslehre geht, nicht als Lehre von der Existenz der bezeichneten Objekte, sondern als Grammatik symbolischer Kommunikation.

Dass die Zustimmung zu oder Ablehnung von bestimmten Semantiken kein Indikator für Religiosität ist, ist aus allen empirischen Untersuchungen zu lernen, an denen Andreas Feige maßgeblich beteiligt war. Sie unterscheiden sich profiliert von solchen Forschungskonzepten, die Religion und Religiosität nicht nur an der Zustimmungsbereitschaft zu kirchlich normierten Bekenntnissätzen messen, sondern auch deren von Sachverhaltsbehauptungen unterschiedenen Status – den Mehrdeutigkeitsmodus religiöser Kommunikation – unbeachtet lassen. Andreas Feige fand dafür die bissig-kritische Charakterisierung: „Formelgehorsams-Forschung“. Und weil es kaum noch „Formel-

gehorsam“ gibt, wird dann das Verschwinden der Religion konstatiert, statt ihre Transformationen wahrzunehmen.

Andreas Feige hat besonderes Gewicht daraufgelegt, Religion als Diskursformation wahrzunehmen und substanzielle Religionsbegriffe auch in sozialwissenschaftlicher Perspektive zu überwinden. Nichts war deshalb falscher als die manchmal zu hörende (und ihn kränkende) Zuschreibung, er sei „Kirchensoziologe“. Religionssoziologe im emphatischen Sinne war er auch deshalb, weil er immer das intensive (und von ihm kundig geführte!) Gespräch mit der Theologie suchte. Auch deshalb erinnere ich als das erkenntnisreichste gemeinsame Projekt die mit Dietlind Fischer, Dietrich Korsch und Albrecht Schöll erfolgte Untersuchung von biografischen und professionellen Profilen im Pfarrberuf („Innenansichten. Zum professionellen Umgang mit Religion im Pfarramt“, 2017).

An viele Projekte einer immer anregenden, produktiven, freilich immer auch: anstrengenden Zusammenarbeit ist zu denken. Andreas Feige machte aufgrund seines scharfen Methodenbewusstseins und seiner hohen wissenschaftlichen Qualitätsstandards die Zusammenarbeit nie einfach. Er scheute im Interesse höchstmöglicher Klärungen keine Kontroverse, spitzte Konflikte manchmal scharf zu. Im Kontrast dazu konnte er Freundschaften mit großer Fürsorge und Mitgefühl pflegen.

Bei aller Distanz zu Dogmatismus und Klerikalismus war Andreas Feige auf eine eigene, berührende Weise fromm. Während seiner Krankheit berichtete er gelegentlich davon, welchen Trost er in der Musik Johann Sebastian Bachs fand. In der Traueranzeige ist tröstlich zu lesen: „Andreas durfte begleitet von Paul-Gerhardt-Liedern einschlafen“.



DR. BERNHARD DRESSLER ist Professor im Ruhestand für Praktische Theologie / Religionspädagogik an der Philipps-Universität Marburg und war von 1995 bis 2003 Rektor des RPI Loccum.

IN EIGENER SACHE

Ein lebendiges Stück Geschichte des RPI

Ute Becker, Hannelore Lange und Marion Lumpe in den Ruhestand verabschiedet

Sechs Rektor*innen und über 60 Dozent*innen haben sie erlebt, mehr als 1.700! Tagungen wurden von ihnen begleitet, unzählige Telefonate geführt, tausende Briefe geschrieben, Mails beantwortet ... Insgesamt 130 Jahre haben Ute Becker (40 Jahre), Hannelore Lange (30 Jahre) und Marion Lumpe (40 Jahre) das RPI in besonderer Weise mitgeprägt.

Unsere Sekretariate sind immer auch so etwas wie ein Eingangstor in unser Institut. Menschen, die zum ersten Mal mit uns in Kontakt treten, erleben bereits hier etwas vom Geist des RPI. Frau Becker, Frau Lange und Frau Lumpe haben diesen Geist vier Jahrzehnte lang nach außen vertreten. Sie waren für die Teilnehmer*innen unserer Tagungen und Kurse die konstanten und vertrauten Gesichter des RPI.



Hannelore Lange (links) und Marion Lumpe – © RPI Loccum

Unzählige Fragen unserer Gäste und Anrufer*innen wurden bereits in ihren Sekretariaten fachkundig beantwortet und drangen gar nicht erst zu uns Do-

zierenden durch. Bei den kleineren und größeren Katastrophen, in jedem Kontakt mit Tagungsgästen und Dozierenden, waren sie liebenswürdig, hilfsbe-

reit und zugewandt. Ihre Sekretariate führten sie mit großer Zuverlässigkeit und dabei blieben sie – trotz so manchem Stress – freundliche und kompetente Ansprechpartnerinnen für uns Kolleg*innen. Wir alle konnten von ihrer großen Routine und Erfahrung profitieren und wussten stets, dass wir uns auf sie verlassen konnten.

Mit dem Eintritt in den Ruhestand von Frau Becker, Frau Lange und Frau Lumpe hat ein lebendiges Stück Geschichte unser Institut verlassen.

So bleibt uns, Danke zu sagen. Danke für die von Menschlichkeit und Freundlichkeit geprägte Zuwendung, für die Geduld und für die geleistete Arbeit. Danke für die Loyalität und die hohe Identifikation mit dem RPI. Danke für die Offenheit und die Unterstützung in so vielen Situationen. Danke für das gemeinsame Lachen und für manches gemeinsam getragene Leid. Danke für die ausgestrahlte Ruhe und den Humor, die in angespannten Situationen immer wieder für Entspannung sorgten.

Nun ist eine neue Zeit angebrochen, eine Zeit der Entschleunigung, um das Leben in vollen Zügen zu genießen. Genießen Sie es, Sie haben es so sehr verdient!

Wir wünschen Frau Becker, Frau Lange und Frau Lumpe für den Ruhestand alles Gute, Gesundheit, Zufriedenheit und Gottes Segen. ◆

Dietmar Peter

Zum Abschied von Frau Becker

Frau Becker kam vor fast 40 Jahren als junge Sekretärin ins RPI. Nach kurzer Zeit wurde sie vom Rektor Besier zur Organisationsleitung berufen. Im Büro des Rektorats hat sie die Hälfte der Rektor*innen, die es jemals am RPI gab und gibt, begleitet und organisatorisch versorgt: Sie arbeitete mit Gerhard Besier, Jörg Ohlemacher, Bernhard Dressler, Friedhelm Kraft und in den letzten sechseinhalb Jahren mit mir.

In ihrer Zugewandtheit sorgte Frau Becker dafür, dass personelle und strukturelle Aufgaben ihren Weg fanden und gut organisiert wurden. Dabei spielten rasante Entwicklung eine Rolle: Waren zu Beginn ihrer Tätigkeit noch etliche Diktate und das schnelle Stenoschreiben gefragt, kamen bald die ersten elektrischen Kugelschreibmaschinen und danach die Computer ins Haus. Viele Korrespondenzen wurden von ihr angefertigt und zunächst analog, später auch digital auf den Weg gebracht.

Mit der Vielfalt der Kontakte in die Kirchen in Niedersachsen und ins Land hinein war Frau Becker bestens vertraut: Sie war stets der Anlaufpunkt und die Schnittstelle für etliche Anfragen, Korrespondenzen, Übermittlungen etc. Fragt man nach Namen, die in der lang von ihr begleiteten Geschich-

te des Instituts eine Rolle spielten, kann man staunen: Frau Becker hat ein echtes Elefantengedächtnis!

Seit vier Jahrzehnten hat Frau Becker mit der Aufgabe der Organisationsleitung die Belange der Mitarbeitenden sorgsam in den Blick genommen. Wie die Büroarbeiten und die Tagungsvor- und -nachbereitungen sorgsam und gerecht verteilt werden konnten, wie für eine kontinuierliche Präsenz der Bürobesezung und die telefonische Erreichbarkeit des Instituts gesorgt wurde, welche Ausstattungen die Arbeitsplätze der Mitarbeitenden erforderten, wie Urlaube und Spätschichten im Interesse der Mitarbeitenden und der Belange des RPI aufgestellt werden konnten, lag in ihrer Hand. An unzähligen Gesprächen war sie beteiligt, koordinierte und arrangierte, platzierte und sorgte mit hoher Sensibilität für die Anliegen der Mitarbeitenden und des Instituts und sorgte damit dafür, dass das RPI eine Seele hatte. Wenn die zu klärenden Dinge schwieriger wurden, sagte sie mir oft: „Einfach kann jeder...“ – und fasste zu.

Ihre unkomplizierte Art schaffte Vertrauen und viele schöne, handfeste Begegnungen; ihr Humor gab dem RPI-Treiben Gelassenheit. Ihre selbstverständliche und große Hilfsbereitschaft hat das Miteinander und die Seele des Instituts nachhaltig geprägt.



Ute Becker – © RPI Loccum

Liebe Frau Becker, wegen der Corona-Einschränkungen konnten wir Ihren Abschied aus dem RPI nur sehr schmal begehen. Unserem übergroßen DANK für Ihre Treue und zuverlässige Arbeit wie Ihr zuversichtliches Wirken geben wir hier aber Schwarz auf Weiß nachdrücklich Ausdruck! Mit dem gesamten RPI wünschen wir Ihnen alles erdenklich Gute: Gottes reichen Segen für einen bewegten Ruhestand voller Gesundheit, Lebensfreude und viel Zeit für Ihre Kreativität. Wir freuen uns darauf, Ihnen auf dem Fahrrad oder im Wohnmobil in der Nähe oder Ferne wieder zu begegnen.

Bis dahin: Tschüß! ◆

Silke Leonhard

IN EIGENER SACHE

Zugesagt: Das RPI ist für Sie da!

Abgesagt – dieses Attribut musste in letzter Zeit leider für viele wichtige Termine gelten. Für etliche Wochen konnten auch in Loccum leider keine Veranstaltungen stattfinden. Für Tagungen, die aus Gründen der Corona-Prävention vom RPI Loccum abgesagt werden, entstehen für Sie keine Stornogebühren.

Und auch jetzt wird das RPI-Haus erst nach und nach wieder „bewohnt“: Abstandsregeln gebieten reduzierte räumliche Möglichkeiten, die wir uns gemeinsam mit den anderen Loccumer Campus vor Ort teilen. Da die Möglichkeiten für Bildungsveranstaltungen wie unsere in Niedersachsen erst nach und nach verändert werden, steht zum Zeitpunkt der Redaktion auch noch nicht fest, welche der geplanten Veranstaltungen ab dem Sommer stattfinden wird. Daher bitten wir Sie, sich auf der stets aktualisierten Homepage immer wieder zu informieren. Einige Veranstaltungen, deren Teile oder Elemente werden auch digital gestützt angeboten.

Zugesagt aber bleibt: Mit Ihnen liegt uns sehr daran, dass die Begleitung von Kindern und Jugendlichen sorgsam gestützt wird, dass die Konfirmandenarbeit im Blick ist, dass Ihre Arbeit unter den derzeitigen Herausforderungen der Neuordnung von Kirchen- und Schulbetrieb gestärkt werden, dass Religion dabei im Blickfeld bleibt, dass wir Unterricht, Ausbildung an den Schnittstellen von fachlicher Qualität und Lebensthemen begleiten und ein achtsamen Schul- und Kita-Leben unterstützen. Und einiges mehr.

Gern stellen wir unsere Ressourcen für die Unterstützung Ihrer Aufgaben in diesen Zeiten zur Verfügung:

1. durch bereits erstellte und weiter im Aufbau befindliche **Tools, Auf-**



www.rpi-loccum.de/corona

gabenstellungen und Materialien auf den Seiten www.rpi-loccum.de,

- insbesondere zu „Religionspädagogisches Arbeiten in Zeiten körperlich-räumlicher Distanz“ unter www.rpi-loccum.de/corona,
- dabei auch zur Konfirmandenarbeit: www.rpi-loccum.de/corona/Konfirmandenarbeit,
- schulform- bzw. -stufenbezogen durch unsere zahlreichen Materialeiten unter www.rpi-loccum.de/material,
- sowie themenbezogen unter www.rpi-loccum.de/Themen.

2. durch **Beratung und Impulse im Kontakt mit den Dozierenden**. Unsere Kontaktadressen finden Sie hier: www.rpi-loccum.de/institut/mitarbeitende
3. durch **Literatur, Material etc. aus unserer Loccumer RPI-Bibliothek**

und -Mediothek, das großenteils auch ausgeliehen und durch die partielle Öffnung der Präsenzbibliothek (nach vorheriger Absprache) gesichtet, kopiert, gescannt etc. werden kann: [/www.rpi-loccum.de/institut/bibliothek](http://www.rpi-loccum.de/institut/bibliothek)

4. durch Literatur und Material aus unseren **Onlineshop** unter online-shop.rpi-loccum.de

Und natürlich freuen wir uns auf alle Begegnungen – schriftlich, am Telefon und vor allem leiblich. ♦

*Ihre PD Dr. Silke Leonhard
mit dem gesamten Team des
RPI Loccum*

IN EIGENER SACHE

Landeswettbewerb Evangelische Religion 2019/20 – ZUKUNFT

Am 25. Juni 2020 sollten die Preisträger*innen des diesjährigen Landeswettbewerbs Evangelische Religion in der Neustädter Hof- und Stadtkirche Hannover ausgezeichnet werden. Die Prämierungsfeier mit etwa 200 Teilnehmenden kann aufgrund der Corona-Pandemie zu diesem Zeitpunkt nicht stattfinden. Ebenfalls verschoben werden mussten die Tagung der Gutachter*innen und der Jury, bei denen die Gewinner-Portfolios ausgewählt werden. Die großartige Arbeit aller teilnehmenden Schüler*innen soll und darf trotz Corona nicht in Vergessenheit geraten und soll eine angemessene Wertschätzung erfahren. Geplant ist, bis Ende Oktober 2020 die Tagung der Gutachter*innen und der Jury nachzuholen und über die Preisträger*innen zu entscheiden.

Für die Schüler*innen und die betreuenden Lehrkräfte bedeutet das Folgende:

Im November 2020 bekommen alle teilnehmenden Schüler*innen, die eine Urkunde über die erfolgreiche Teilnahme am Landeswettbewerb erhalten, ihre Urkundenmappe und ihre Portfolios an die jeweiligen Schulen geschickt.

Diejenigen Schüler*innen, die für ihren Wettbewerbsbeitrag einen Buch- bzw. Geldpreis bekommen, werden über ihre betreuenden Lehrer*innen darüber informiert – außerdem darüber, wann und in welcher Form die Preisverleihung nach dem November 2020 stattfinden wird.

Schüler*innen, die in diesem Sommer ihre Schule verlassen werden, werden herzlich gebeten, den Kontakt zu ihren betreuenden Lehrkräften zu halten, um über das weitere Vorgehen der Prämierung informiert zu werden. Es wäre schön, wenn trotz des verlängerten Zeitraums dieses Wettbewerbsdurchgangs möglichst alle Beteiligten an einer Feier teilnehmen könnten.



Wir hoffen, dass sich in absehbarer Zeit ein möglicher Weg für eine Prämierungsfeier abzeichnet. Alle Beteiligten werden regelmäßig über das weitere Vorgehen informiert und bei Fragen stehe ich gern zur Verfügung. ◆

*Kirsten Rabe,
Koordinatorin des
Landeswettbewerbs
Evangelische Religion.*

IN EIGENER SACHE

20 Jahre Loccumer Lernwerkstatt

Im Juni 2000 wurde die Loccumer Lernwerkstatt gegründet. Am 25. April 2020 wollten wir feiern, dass dort seither zahlreiche Materialien und Lernsequenzen entstanden sind, die Religionslehrer*innen aller Schulformen Anregungen für einen aktuellen und motivierenden Religions-

unterricht geben. Doch leider kam es anders ...

Aber wir lassen uns die Laune nicht verderben! Glücklicherweise wurde schnell ein neuer Termin für den Festakt gefunden: Am Samstag, 14. November 2020 ist es nun soweit. Mit dem Festvortrag „Ich traf Gott und siehe, sie

war schwarz“, der Eröffnung der Ausstellung „Gottes(eben)bilder“, Cocktails und Musik werden wir die 20 Jahre Loccumer Lernwerkstatt gebührend feiern. Herzliche Einladung dazu! ◆

*Lena Sonnenburg,
Leiterin der Loccumer Lernwerkstatt.*

IMPRESSUM

Der »Loccumer Pelikan« informiert über die Arbeit des Religionspädagogischen Instituts und beteiligt sich an der religionspädagogischen Grundsatzdiskussion. Er berichtet über Neuigkeiten im Feld von Schule und Gemeinde und bietet Unterrichtenden Hilfen für ihre Arbeit. Die vierte Ausgabe eines Jahres enthält das Jahresprogramm des RPI für das folgende Jahr. Schulen und Kirchenkreise erhalten den »Loccumer Pelikan« regelmäßig, interessierte Einzelpersonen erhalten ihn auf Anfrage im RPI Loccum kostenlos. Spenden zur Deckung der Produktions- und Versandkosten sind erwünscht.

Herausgeber:

Religionspädagogisches Institut Loccum
Uhlhornweg 10-12
31547 Rehburg-Loccum

Telefon: 057 66/81-136
E-Mail: rpi.loccum@evlka.de
Internet: www.rpi-loccum.de

Bankverbindung:
IBAN: DE36 5206 0410 0000 0060 50
BIC: GENODEF1EK1

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Auflage: 13.500
Druck: Weserdruckerei Oesselmann, Stolzenau

Redaktion:

Andreas Behr, Felix Emrich, Christina Harder (verantwortlich), PD Dr. Silke Leonhard, Kirsten Rabe, Lena Sonnenburg

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion

wieder. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Die Rechte an den Artikeln liegen bei den jeweiligen Autor*innen. Die Redaktion bemüht sich, alle Rechteinhaber der verwendeten Bilder zu ermitteln. Dies ist nicht immer in allen Fällen möglich. Berechtigte Ansprüche werden natürlich im Rahmen der üblichen Vereinbarungen abgegolten.

Titelbild:

© vm / iStock

Layout & Bildredaktion:

Anne Sator, Loccum

Anzeigen/Beilagen:

Moderation & Kommunikation Anne Sator
Marktstr. 17, 31547 Rehburg-Loccum
Tel.: 057 66/4 17 05 51, mail@anne-sator.de

MITARBEITER*INNEN DIESES HEFTES

Prof. Dr. Reiner Anselm,
Ludwig-Maximilians-Universität München,
Evangelisch-Theologische Fakultät,
Geschwister-Scholl-Platz 1,
80539 München,
Reiner.Anselm@evtheol.uni-muenchen.de

Andreas Behr, RPI Loccum, Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
andreas.behr@evlka.de

Juliane Brauner, c/o Lena Sonnenburg, RPI Loccum, Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
lena.sonnenburg@evlka.de

Prof. Dr. Peter Dabrock,
Universität Erlangen-Nürnberg,
Fachbereich Theologie,
Kochstraße 6, 91054 Erlangen,
peter.dabrock@fau.de

Ariane Dihle,
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Fakultät IV – Institut für Evangelische Theologie und Religionspädagogik,
Ammerländer Heerstr. 114-118,
26129 Oldenburg,
ariane.dihle@uol.de

Prof. Dr. Bernhard Dressler,
Bremer Straße 10E, 30926 Seelze,
bernhard.dressler@staff.uni-marburg.de

Felix Emrich, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
felix.emrich@evlka.de

Dr. Barbara Hanusa,
Schulstr. 6a, 21360 Vögelsen,
hanusa@leuphana.de

Christina Harder,
RPI Loccum, Uhlhornweg 10-12,
31547 Rehburg-Loccum,
christina.harder@evlka.de

Anja Klinkott,
Haus kirchlicher Dienste,
Archivstr. 3, 30169 Hannover,
medienverleih@kirchliche-dienste.de

PD Dr. Silke Leonhard, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
silke.leonhard@evlka.de

Gert Liebenehm-Degenhard, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
gert.liebenehm@evlka.de

Dr. Marcel Mertz,
Medizinische Hochschule Hannover,
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin,
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover,
mertz.marcel@mh-hannover.de

Jörn Neier,
Evangelische IGS Wunstorf,
Nordbruch 23, 31515 Wunstorf,
joern.neier@igs-wunstorf.de

Dietmar Peter, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
dietmar.peter@evlka.de

Kirsten Rabe, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
kirsten.rabe@evlka.de

Nicole Schwarzer,
Haus kirchlicher Dienste,
Archivstr. 3, 30169 Hannover,
schwarzer@kirchliche-dienste.de

Lena Sonnenburg, RPI Loccum,
Uhlhornweg 10-12, 31547 Rehburg-Loccum,
lena.sonnenburg@evlka.de

Vetr.-Prof. Dr. Caroline Teschmer,
Universität Hamburg,
Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Von-Melle-Park 8, 20146 Hamburg,
caroline.teschmer@uni-hamburg.de

Frauke Thees,
Studienseminar Leer für das Lehramt an Gymnasien,
Bürgermeister-Ehrlenholz-Str. 15,
26789 Leer,
f.thees@studienseminar-leer.de

Prof. Dr. Heiner Wedemeyer,
Medizinische Hochschule Hannover,
Klinik für Gastroenterologie,
Hepatology und Endokrinologie,
Zentrum Innere Medizin,
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover,
gastroenterologie@mh-hannover.de

NEUERSCHEINUNG IM RPI



Dietmar Peter (Hg.)

Nein!

Unterrichtsbausteine zum Thema „Menschenfeindlichkeit“ für die Sekundarstufe I

Reihe Loccumer Impulse Band 17

Rehburg-Loccum 2020

ISBN 978-3-936420-64-7, 116 Seiten, 14,80 €

Die Abwertung und Ausgrenzung bestimmter sozialer Gruppen ist längst in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen. Die rechte Gewalt nimmt zu. Ein jüdischer Restaurantbesitzer wird angegriffen und als „Judensau“ beschimpft; Gangster-Rapper ergehen sich in Holocaust-Fantasien und bekommen dafür Auszeichnungen; eine Synagoge wird angegriffen; in zwei Shisha-Bars werden neun Menschen Opfer eines rassistischen Anschlags und auf Schulhöfen sind „Du Neger!“ oder „Du Jude!“ gängige Schimpfworte geworden.

Die vorliegenden Materialien sollen Mut machen, das Thema im Religionsunterricht aufzugreifen, um der zunehmenden Menschenfeindlichkeit entgegenzutreten und entschieden „Nein!“ zu sagen. Die Unterrichtsmaterialien zu den Themen „Vorurteile“, „Menschenbilder“, „Rassismus“, „Antisemitismus“ und „Rechtsextremismus“ sind in verschiedenen Unterrichtskontexten einsetzbar.