

Arbeitsbögen Klassen 7 bis 12

Ethik

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

„Der Mensch soll den Menschen nicht nach seinem eigenen Bilde schaffen.“ Darf Leben kopiert und künstlich hergestellt werden? Welche moralischen Grundsätze erlauben der Wissenschaft, Tiere zu klonen, während sie das Klonen von Menschen ablehnen? Hängt nicht beides miteinander zusammen? Wohin führt uns die künstliche Reproduktion von Erbgut? Diese und andere Fragen wollen wir anhand der Arbeit mit Artikeln aus der Zeitung zum Thema Klonen versuchen, zu beantworten.

1. Besprecht in der Klasse:
 - › Was bedeutet der Begriff Klonen?
 - › Was wisst ihr über das Klonen?
 - › Wie funktioniert es?
 - › Welche Lebewesen hat man bisher geklont?
 - › War dieses Klonen erfolgreich?
 - › Welche Gefahren birgt eurer Meinung nach das Klonen?

2. Lest die Artikel und recherchiert in eurer Tageszeitung der vergangenen vier Wochen und in anderen Quellen zum Thema Klonen. Versucht folgende Fragen zu beantworten:
 - › Was genau bedeutet es, Lebewesen zu klonen?
 - › Berichtet über die Geschichte des Klonens!
 - › Welche Probleme stellten sich nach dem Klonen der Tiere ein?
 - › Welche gesellschaftlichen Gruppen sind strikt gegen das Klonen und warum?
 - › Welche gesellschaftlichen Gruppen sind für das Klonen, wenn auch mit Einschränkungen und warum?
 - › Welche zwei Methoden des Klonens sind zur Zeit in der Diskussion? Was unterscheidet diese Methoden?

Das Thema Klonen eignet sich hervorragend, um sich im Internet mit Hintergrundwissen und aktuellen Informationen zu versorgen. Viel Stoff als Grundlage für eure eigenen Debatten findet ihr zum Beispiel bei der Bundeszentrale für politische Bildung: www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33773/klonen oder in einem Dossier von Spiegel online: www.spiegel.de/thema/klonen/.



3. Erstellt eine Tabelle mit den Vor- und Nachteilen des Klonens! Dabei könnt ihr auch eigene Argumente einbringen!

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

4. Diskutiert in der Klasse die Argumente für oder gegen das Klonen! Überlegt gemeinsam, welche Folgen langfristig das Klonen für die Menschheit haben könnte!

Erstellt eine Umfrage zu dem Thema Klonen und befragt eure Mitschüler. Dafür könnt ihr eine **Umfrage-App**, wie beispielsweise **SurveyMonkey** (Android und iOS), benutzen. Wer lehnt Klonen ab und wer sieht eher die Vorteile? Welchen Argumenten stimmen wie viele von euch zu? Denkt euch noch weitere zum Thema passende Fragen für die Umfrage aus und schaut euch das Ergebnis anschließend in einer Grafik in der App an.



Klonen – Traum oder Albtraum?

Die Jugendredaktion hat sich mit dem Klonen von Menschen unter mehreren Gesichtspunkten beschäftigt

Rendsburg – In Film und Literatur nimmt das Thema Klonen einen breiten Raum ein. Die Erörterung der moralischen Problematik ist kompliziert. Und wie steht die Medizin zu der Frage? Die Jugendredaktion wollte es genau wissen und hat sich unter verschiedenen Aspekten mit dem Thema beschäftigt.

„Klonen ist der erste Schritt, wie Gott zu werden“, behauptet der US-Forscher Richard Seek. Er provoziert die Weltöffentlichkeit seit Jahren mit seinem Vorhaben, Menschen klonen zu wollen. Mit diesem Vorhaben ist er nicht allein. Der italienische Fortpflanzungsforscher Severino Antinori erregte Aufsehen, als er 2002 die Geburt des ersten Klonbabys verkündete. Der Inhaber einer privaten Fortpflanzungsklinik behauptete weiter, dass es noch drei weitere Frauen mit geklonten Schwangerschaften gebe. Er hatte bereits durch die künstliche Befruchtung einer 63-jährigen Bekanntheit erlangt. Seine Glaubwür-

digkeit wird allerdings angezweifelt.

Auch die so genannte „Raelistische Religion“ ging so weit zu behaupten, dass sie mit Hilfe der ihr nahestehenden Firma „Clonaid“ bereits mehrere Menschen geklont habe. Darunter 2002 ein Mädchen namens „Eve“ aus Amerika. 2003 habe man in den Niederlanden und Japan zwei weitere Klonbabys erzeugt. Moralische Zweifel wendet der Gründer der Religion, Claude Vorilhon, in einem „Spiegel“-Interview ab: „Das sind nur religiöse Vorurteile. Es gab immer Leute, welche die Wissenschaft bremsen wollten.“ Er führt weiter aus: „Es ist an der Zeit, Gott durch die Wissenschaft zu ersetzen.“ Bis heute allerdings offenbarte die Raelistische Religion, die an ein außerirdisches und weitentwickeltes Volk als Schöpfer der Menschheit glaubt, weder die genaue Identität der angeblich geklonten Menschen, noch erbrachte sie einen DNA-Test als Beweis.

Sicher ist dafür, dass es bereits

Klontiere gab und gibt. Das Schaf „Dolly“ war 1996 bei der Geburt in Schottland eine Weltsensation. Mit fünfeinhalb Jahren und damit weit unter der Lebenserwartung von Schafen starb Dolly nach mehreren Krankheiten an einer Lungenentzündung. Mit ihrem Tod ging das Interesse der Öffentlichkeit im Bereich der Tierklonung wieder zurück – auch wenn man mittlerweile Mäuse, Kühe, Ziegen, Schweine, Kaninchen, Katzen, Maultiere, Pferde und Ratten geklont hat.

In Deutschland sind Genversuche jeglicher Art an Menschen verboten. Sogar das „therapeutische Klonen“ ist nicht erlaubt (dabei wird der Embryo nach wenigen Zellteilungen zerstört, aus den Zellen werden Organe gezüchtet). Im Gegensatz dazu gehört Belgien mit seiner Einstellung zu den offensten Nationen. In Großbritannien erlaubte man zu Forschungszwecken 2004 das Klonen von Embryonen.

Alice Szysz
22.06.2010

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Die Möglichkeit zum doppelten Ich

Was kann und tut die Wissenschaft? Eine Bestandsaufnahme zum Thema Klonen

Rendsburg – Die Vorstellung von einem Individuum, das denselben genetischen Code wie wir besitzt, aussieht wie wir und sich zum Teil auch so verhält, wird heute noch von vielen Menschen als unheimlich und unmöglich betrachtet. Aber wie unmöglich ist sie tatsächlich?

Bereits 1993 gelang es Dr. Robert Stillman und Jerry Hall, zwei Wissenschaftlern der George Washington Universität, menschliche Embryos zu duplizieren. Auf Druck der empörten Öffentlichkeit mussten sie das Experiment abbrechen. Zu diesem Zeitpunkt war die Zahl der Embryonen von 17 auf 48 gestiegen. Der Vorgang der Wissenschaftler war die künstliche Herstellung eineiiger Zwillinge. Heutzutage wird dazu allgemein der Nukleustransfer benutzt.

Bei einem Nukleustransfer wird ein Zellkern aus der Zellkultur einer Somazelle des zu klonenden Lebewesens genommen. Somazellen sind zum Beispiel Hautzellen, welche sich höchstens in denselben Zelltyp teilen können. Dieser Zellkern wird jetzt in eine bearbeitete Spendereizelle eingesetzt, deren Erbsubstanz weitgehend entfernt wurde. Durch einen Elekt-

roimpuls fusionieren dann der Zellkern und die Spendereizelle.

Da durch diese Prozedur etwas Ähnliches wie ein Embryo entstanden ist, nennt man das Ergebnis „rekonstruierter Embryo“. Dieser Embryo wird nun – nach einer kurzen Zeit im Reagenzglas (in-vitro) – in die Gebärmutter einer Leihmutter verpflanzt und wird von dieser ausgetragen. Dieser Vorgang ist die heute am meisten angewandte Methode zum Klonen von Lebewesen. Sie wird vorwiegend bei Tieren angewandt, aber auch bei Menschen wäre sie theoretisch möglich.

Theoretisch. Bei den Tierversuchen wurden meist über 100 solcher rekonstruierten Embryonen benötigt, um wenigstens eine Lebendgeburt zu erhalten. Viele Embryonen sterben in ihrer in-vitro-Zeit oder in der Gebärmutter. So wurden bei der Reproduktions-Forschung von Kaninchen am Ende sechs lebende Kaninchen geboren: Begonnen hatten die Wissenschaftler mit 775 Zellfusionen! Die Erfolgsquote liegt damit bei lediglich 0,8 Prozent. Bei Schweinen (die dem Menschen am ähnlichsten sind) liegt sie sogar nur bei 0,2 Prozent.

Einen erwachsenen Menschen komplett zu klonen, ist aus wissenschaftlicher Sicht fast unmöglich, wenn man sich die Zahlen bei Tierversuchen anschaut. Man müsste einen Vorrat an Eizellen im dreistelligen Bereich haben, und die Zahl der Leihmütter müsste sich mindestens im zweistelligen Bereich bewegen.

Neben dem bisher erklärten reproduktiven Klonen gibt es noch das therapeutische Klonen, bei dem der Schwerpunkt auf dem Reproduzieren von einzelnen Gliedmaßen oder Organen liegt. Diese Art des Klonens läuft ähnlich ab. Nur wird der Embryo nicht eingepflanzt, sondern weiter in-vitro gehalten, bis sich genug embryonale Stammzellen gebildet haben, um aus diesen Blut-, Muskel- oder Nervenzellen herzustellen. In Deutschland sind beide Arten des Klonens verboten und doch gibt es einen Fachmann auf dem Gebiet der Stammzellenforschung: Prof. Dr. Oliver Brüstle besitzt seit 1999 ein Patent auf der Benutzung von Stammzellen zur Reparatur von Gehirngewebe.

Maximilian Berendsen,
29.06.2010

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Marlon – erster Klonhund Deutschlands

Familie ließ verstorbenes Tier für 90 000 Euro kopieren / „Verhalten ist identisch“

DRESDEN/SEOUL Wenn Simone und Sven J. aus Sachsen von ihren beiden Hunden namens Marlon erzählen, schwingen Trauer und Freude gleichermaßen mit. Beide Gefühle lassen sich in diesem Fall nicht trennen, genauso wenig wie man die beiden Englischen Bulldoggen isoliert voneinander betrachten kann. Denn ohne die eine hätte es die andere nicht gegeben. Der 15 Monate alte Welpe Marlon ist Deutschlands erster Klonhund und kam am 11. September 2018 in einem Forschungslabor in Südkoreas Hauptstadt Seoul zur Welt. Sein Lebensspender war ein gutes halbes Jahr zuvor gestorben, als man ihm bei einer Routine-OP ein zu starkes Narkosemittel verabreichte.

Der Tod Marlons sei für die Familie ein Schock gewesen, sagt der 49 Jahre alte Sven J. Schließlich habe seine Frau das Tier von klein auf gepflegt. „Marlon habe ich nur übernommen, weil er eingeschlafert werden sollte. Das konnte ich nicht zulassen, ich wollte es versuchen“, erzählt Ehefrau Simone. Die 47-Jährige gab dem Hundebaby vier Wochen lang Antibiotika, wärmte es wie ein Kleinkind an ihrem Bauch. „Ich habe ihn bemuddelt“, beschreibt sie auf Sächsisch ihre Fürsorge. Als die siebte Woche geschafft war, habe sich der Zustand des Tieres gebessert. „Das Fieber ging runter. Es ist doch klar, dass Marlon ein enges Familienmitglied wurde.“

OP mit tödlichem Ausgang

Er blieb es vier Jahre lang und hätte es bei einem normalen Hundeleben noch lange bleiben können. Doch dann folgte eine OP mit tödlichem Ausgang. Die J.s hielten Familienrat, informierten sich im Internet über eine Möglichkeit, Marlon weiterleben zu lassen, obwohl er tot war. Bei der südkoreanischen Firma Sooom Biotech Research Foundation, einem weltweit führenden Unternehmen für kommerzielles Hundeklonen, wurden sie fündig. Wenn man einmal eine solche Entscheidung getroffen hat, sei alles eine Fra-



Freude über den geklonten Hund: Sven und Simone J. halten ihre Englische Bulldogge Marlon auf dem Arm.
Foto: dpa/Sebastian Willnow

ge der Zeit, sagt Sven J. Dann hat man maximal fünf Tage, um eine Gewebeprobe zum Institut des Tiermediziners und Klonpioniers Hwang Woo Suk zu bringen.

Beim Klonen entnehmen die südkoreanischen Forscher das Erbgut aus einer Körperzelle des Spenderhundes und übertragen es in eine Eizelle,

aus der zuvor der Zellkern entfernt wurde. Der im Labor erzeugte Embryo wird dann in die Gebärmutter eines anderen Tieres eingepflanzt, das ihn austrägt. Das hat seinen Preis. Ein Kunde muss dafür 100 000 Dollar hinlegen, gut 90 000 Euro. Sven J. ärgert sich darüber, dass sich anonyme Kritik im Internet vor al-

lem an der Summe entzündete: „Wer sich einen Sportwagen für dieses Geld leistet, wird am Ende noch gefeiert.“ Es solle jedem überlassen bleiben, wofür er sein Geld ausgibt.

An dem Grundpreis hat sich seit dem vergangenen Jahr nichts geändert. Er könne aber höher ausfallen, falls

die eingereichten Zellen mehr Arbeit erforderten, sagt eine Sprecherin von Sooom. Viele Kunden würden sich erst melden, nachdem ihr Haustier gestorben sei. „In diesem Fall zählt jede Stunde, da die Zellen sehr schnell schlecht werden.“ Inzwischen hat sich die Aufregung um Deutschlands ersten Klonhund gelegt. Wegen des Trubels will die Familie lieber anonym bleiben.

Seit April dieses Jahres lebt der neue Marlon in Mittelsachsen. „Er hat sich sehr gut eingelebt“, berichtet Sven J. Er selbst wäre schon zufrieden, wenn der Hund „50 oder 60 Prozent des alten Marlon“ hätte: „Er hat aber 100 Prozent. Wir hätten nicht für möglich gehalten, dass sein Verhalten und sein Charakter identisch sein könnten.“ Nur die Farbgebung sei an einer Stelle anders. Der Klon hat einen braunen Fleck über einem Auge, das Original trug ihn auf dem Kopf. „Man kann denken, es ist ein und derselbe“, sagt der Hundebesitzer. Marlon sei kerngesund, man habe Herz, Blut und andere Werte wiederholt überprüfen lassen.

Schon 1435 geklonte Tiere

Sven J. beschreibt den neuen Marlon als so anhänglich, wie es der alte nach seiner Leidensgeschichte als Hundebaby auch war. „Wir können uns kaum mal drehen, da ist er schon wieder an unserer Seite.“ Inzwischen ist Familie J. offizieller Partner von Sooom und damit Bindeglied zu Menschen im deutschsprachigen Raum, die ihr Tier gleichfalls kopieren lassen wollen. „Wir machen das unentgeltlich und möchten nur Leuten helfen, die in die gleiche Situation geraten wie wir. Das Problem ist ja, dass man nicht viel Zeit für die Entscheidung hat“, sagt Simone J. Wenn Menschen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bei Sooom nachfragen, bekommen sie dort den Kontakt zu Familie J., um Einzelheiten nachzufragen.

Seit Gründung der Firma im Jahr 2006 bis heute wurden laut Sooom 1435 Hunde von dem Unternehmen geklont. dpa

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Forscher klonen Mammut

14.03.2012

Wissenschaftler aus Südkorea und Russland wollen ein Klon-Mammut erschaffen. Dafür sollen möglichst bald Gewebeproben aus gefundenen Überresten eines Exemplars der ausgestorbenen eiszeitlichen Elefantenart aus Russland nach Südkorea gebracht werden. Bei dem geplanten Projekt wollen die Forscher Zellkerne aus dem Mammut-Gewebe in Eizellen eines indischen Elefanten einsetzen. Diese Eizellen sollen dann einer Elefantenkuh eingepflanzt werden, damit sie den Embryo austrägt.



Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Wie sollen wir alle satt werden?

Die Landwirtschaft der Zukunft muss fast zehn Milliarden Menschen ernähren – und zugleich klimafreundlicher werden

Von Dirk Fisser

OSNABRÜCK Norman Borlaug ist einer der vergessenen Helden des 20. Jahrhunderts. Mit seiner Forschung an widerstandsfähigeren Getreidearten rettete der Agrarwissenschaftler zig Millionen Menschen das Leben, einige sprechen sogar von einer Milliarde. 1970 bekam er den Friedensnobelpreis. Und doch kennt heute kaum noch jemand den Vater der sogenannten „Grünen Revolution“. Heute, angesichts weiter rasant wachsender Weltbevölkerung und den zu erwartenden Folgen des Klimawandels, brauchen wir eine Grüne Revolution 2.0.

Die Fakten sind bekannt: Bis 2050 wird die Zahl der Menschen um weitere zwei Milliarden wachsen. Fast zehn Milliarden von uns werden dann auf der Erde leben. Aber werden auch alle satt?

Nach Angaben der Welternährungsorganisation hungern derzeit schon 820 Millionen Menschen. Oft übersehen wird der sogenannte versteck-



Kein Vorbild: In den reichen Ländern wird sich das Konsumverhalten ändern müssen, mahnen Forscher. Foto: dpa/Gero Breloer

te Hunger: Zwei Milliarden Menschen sind mangelernährt. Zugleich wächst der Wohlstand in Ländern wie China. Die Nachfrage gerade nach tierischen Produkten steigt. Um diese widerstreitenden Ansprüchen gerecht zu werden, müsste die landwirtschaftliche Produktion bis 2050 um etwa zwei Drittel gesteigert werden, heißt es beim Bundeslandwirtschaftsministerium. Aber nicht nur das. Landwirtschaft muss zudem vielfältiger, umweltfreundlicher und dann auch noch widerstandsfähiger gegen den Klimawandel werden. Kann es da überhaupt gelingen, den Hunger der Weltbevölkerung zu tilgen?

„Ja, der Hunger kann besiegt werden“, sagt Matin Qaim, Agrarökonom an der Universität Göttingen. Wir sollten Mut aus den Erfolgen der Vergangenheit schöpfen, findet er: Zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts hätte noch gut die Hälfte der Weltbevölkerung gehungert, heute seien es noch elf Prozent. „Wenn wir die Prioritäten richtig setzen, kann eine Welt ohne Hunger in den nächsten Jahrzehnten Realität werden“, sagt der Forscher.

Es gibt radikale Ideen, etwa die Savannen der Erde für den Ackerbau umzubrechen. Die Böden wären für den Getreideanbau geeignet. Aber das hätte Folgen: Der Lebens-

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

raum der Elefanten in Afrika verschwindet dann beispielsweise. Und das Umbrechen von Böden bedeutet auch immer die Freisetzung von Treibhausgasen.

Es geht auch anders, sind sich Qaim und andere Wissenschaftler sicher. Viele Forscher legen den Fokus auf den Fleischkonsum und die Gentechnik. Letztere werde nicht allein das Hungerproblem lösen, sagt Qaim, aber könne dabei helfen, Landwirtschaft ertragreicher und umweltfreundlicher zu machen. Dies gelte im Besonderen für die neue Methode der sogenannten Genschere Crispr, bei der sehr gezielt ins Erbgut der Pflanzen eingegriffen werden kann, ohne artfremdes Erbgut hinzuzufügen.

Auch Bundeslandwirtschaftsministerin Julia Klöckner nutzte die Ernährungsmesse Grüne Woche in Berlin, um für die Vorteile der Genschere zu werben. „Sie ermöglicht es, Kulturpflanzen schneller und zielgerichteter zu optimieren, sie gezielt auf Trockenheitsresistenz, Schädlingsresistenz und Erntesicherung auszurichten. „Die Vorbehalte in Europa aber sind groß. Professor Qaim kann das nicht nachvollziehen: Gentechnik bringe „nach allem, was wir nach 30 Jahren Forschung wissen, keine neuen Risiken mit sich.“

Doch Technik allein wird es nicht richten. Wir alle sind nach Überzeugung vieler Wissenschaftler ebenfalls gefragt: Das Konsumverhalten der Industriestaaten lässt sich nicht auf fast zehn Milliarden Menschen übertragen. Sprich: Wir sollten weniger tierische Produkte essen. „Fleischkonsum hat nun einmal einen vielfach höheren Umwelt- und Klimafußabdruck als eine pflanzenbasierte Ernährung“, sagt Qaim. Sein Kollege Jonathan Foley von der Universität Minnesota rechnet in einem Beitrag für „National Geographic“ vor: „Nur gut die Hälfte aller weltweit produzierten pflanzlichen Kalorien essen wir direkt, mehr als ein Drittel dient als Futter für Rinder, Schweine und Hühner [...]“ Die These: Essen wir weniger

Fleisch, muss weniger Tierfutter angebaut werden. Dafür wäre dann Platz für andere Pflanzen.

Laut Agrarökonom Qaim gehe es nicht darum, dass wir nun Veganer oder Vegetarier würden, sondern um das richtige Maß. „Wenn wir es ernst meinen mit der Hungerbekämpfung und globaler Nachhaltigkeit, dann müssen wir sowohl die Produktion in umweltfreundlicher Weise weiter steigern als auch unsere Konsummuster deutlich verändern“, sagt der Göttinger Wissenschaftler. Neue Technologien und Konsumverzicht sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern beides Teil der Lösung sein.



Ist die Welt bald zu voll?

NOZ, 23.01.2020

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Chinesen klonen Affen

Deutscher Wissenschaftler warnt jedoch: Bei mehreren Versuchen gab es schon Fälschungsskandale

SHANGHAI Rund 22 Jahre nach der Geburt des Klonchafs Dolly haben chinesische Forscher weltweit erstmals entsprechende Affen präsentiert. Zwei geklonte Javaneraffen seien lebendig geboren worden und hätten zumindest die ersten Wochen überlebt, berichtet das Team im Fachmagazin „Cell“. Obwohl die bei Dolly verwendete Technik bei mehr als 20 Tierarten wie etwa Kühen, Schweinen und Hunden gelang, waren Forscher mit dieser Methode bislang an Affen gescheitert.

Vor gut zehn Jahren hatte ein US-Team zwar Stammzellen von Affen klonen können, doch kam es nicht zu Lebendgeburten. Wie bei Dolly übertragen Forscher bei dieser Methode den Zellkern samt Erbgut von einer Körperzelle des Spendertiers in eine Eizelle, die zuvor entkernt wurde.

Zwar war schon 1999 ein Affe auf die Welt gekommen, der dieselben genetischen Informationen besaß wie ein Artgenosse. Das Klontier war jedoch aus der einfachen Teilung der befruchteten Eizelle im Labor hervorgegangen – ähnlich wie bei eineiigen Zwillingen. Das Team um Qi-ang Sun von einem Institut



Diese zwei Baby-Affen wurden angeblich mit dem erweiterten „Dolly-Verfahren“ geklont.

DPA

der staatlichen Chinesischen Akademie der Wissenschaften in Shanghai wandte nun ein erweitertes Dolly-Verfahren an. So bereitete es die DNA-Erbgutstränge speziell auf die anschließende Übertragung in die Eizelle vor. Versuche mit Zellkernen von erwachsenen Affen scheiterten dennoch. Erfolg hatten die Forscher mit gut 100 Embryonen, die auf dem Erbgut

von Affen-Föten beruhten. Zwei Jungtiere kamen zur Welt und überlebten mindestens die ersten 40 sowie 50 Tage.

Die Erfolgsrate sei zwar noch nicht „wahnsinnig berauschend“, doch seien die Ergebnisse ein „wichtiger Schritt“, sagt Eckhard Wolf vom Genzentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Auch Daniel Bes-

ser, Geschäftsführer des Deutschen Stammzellnetzwerks, sieht die Ergebnisse als bedeutende Weiterentwicklung an. Aufgrund von Fälschungsskandalen bei früheren Klon-Versuchen rät er jedoch zur Vorsicht. „Erst wenn sich die Ergebnisse in verschiedenen Laboren der Welt bestätigen lassen, ist klar, dass sie stimmig sind.“

Hinnerk Drestrup

25.01.2018

Die Klondebatte und was sich dahinter verbirgt

Science-Fiction auf dem Acker

Neue Gentechnik bringt Bauern in MV auf / Land soll Schutzregion werden

Von Torsten Roth

GÜSTROW Pflanzen auf Bestellung: Damit könnten Vererbungsregeln umschifft, Genome neu gemixt und Erbgut in kleinsten Schritten ohne lange Kreuzungsexperimente wie bei der klassischen Züchtung gezielt verändert werden – sich rasant entwickelnde neue Gentechnik-Methoden bringen Bauern in den gentechnikfreien Regionen in MV auf. Keiner wisse, welche Wirkungen die neuen Techniken hätten, warnte Burkhard Roloff, Koordinator der gentechnikfreien Regionen in MV gestern bei einem Treffen in Dalwitz bei Güstrow. Umso mehr müssten die neuen Verfahren weiter als Gentechnik reguliert und einem Zulassungsverfahren mit Risikoanalyse unterzogen werden, forderte er Transparenz und Rückverfolgbarkeit gentechnischer Veränderung.

Die Debatte kann gegensätzlicher kaum sein: Pflanzenzüchter wie die Hans-Georg Lembke KG in Malchow auf der Insel Poel sehen nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), dass die neue Methode als nicht zulässige Gentechnik einstuft und unter geltende Gentechnik-Gesetze stellt, die Pflanzenzüchtung in Europa eingeschränkt. Für Gegner lassen sich die Bedenken nicht ignorieren: Inzwischen verzichten in 13 gentechnikfreien Regionen konventionell und ökologisch wirtschaftende Landwirte in MV

freiwillig auf den Einsatz der grünen Gentechnik – auf insgesamt 132.600 Hektar. Mit den neuen Methoden sehen sie ihre Wirtschaftsweise in Gefahr. „Die neue Gentechnik hat das Potenzial, Organismen zu verändern – mit potenziell ernst zu nehmenden Umwelt- und Gesundheitswirkungen und damit verbundenen Auswirkungen auf Natur und Umwelt“, warnte Margret Engelhard, Gentechnik-Expertin des Bundesamtes für Naturschutz (BfN), bei dem Treffen: „Mit den neuen Verfahren wird Gentechnik zum Bestandteil von Wildpopulationen.“ Ohne Regulierung könnten Umweltauswirkungen nicht erkannt werden, meinte sie: „Wenn Organismen gezielt verändert werden, müssen wir Verantwortung übernehmen und die möglichen Risiken prüfen.“

Auch Verbrauchern ist die neue Technik ein Graus: Einer Naturbewusstseinsstudie zufolge unterstützen 79 Prozent

der Bevölkerung ein Verbot gentechnisch veränderter Pflanzen. „Wir können bereits Viren im Reagenzglas herstellen, damit ist ein erster Schritt in Richtung Lebewesen aus dem Reagenzglas getan“, meinte Engelhard. Das Sorge für Unbehagen. Das Land hingegen steht den neuen Methoden offen gegenüber. Die Verfahren seien notwendig, um auf Herausforderungen zu reagieren, argumentiert Agrarminister Till Backhaus (SPD) mit wirtschaftlichen Zwängen: „Wenn wir uns den neuen Ansätzen in diesem Bereich verschließen, laufen wir Gefahr, dass wir uns in Europa ins Abseits stellen.“ Als Beispiel führte er die Pflanzenzüchtung sowie die Folgen des Klimawandels, neue Schadpilze oder den Wunsch nach weniger Dünger an. „Scheinargumente“, kontert Roloff und forderte das Land auf, Farbe zu bekennen und Mitglied im Europäischen Netzwerk gentechnikfreier Regionen zu werden.



Warnen vor Umweltgefahren: Gentechnikkritiker fordern das Land auf, Mitglied im Europäischen Netzwerk gentechnikfreier Regionen zu werden.

FOTO: DPA/BERND WÜSTNECK

mhn, 20.06.2019

Pränataldiagnostik

Die wissenschaftliche Konsequenz aus der Pränataldiagnostik ist die Präimplantationsdiagnostik: Mit ihrer Hilfe kann man genetisch defekte Embryonen diagnostizieren.

Verkürzt formuliert funktioniert die Präimplantationsdiagnostik (PID) so: Nach der In-Vitro-Fertilisation (Reagenzglasbefruchtung) und den ersten Zellteilungen der befruchteten Eizelle werden dem Zellhaufen eine oder zwei Zellen entnommen. Die DNA dieser Zellen wird nun hinsichtlich bekannter genetischer Mutationen beziehungsweise Veränderungen untersucht. Es handelt sich um genetische Veränderungen, welche so schwerwiegende Erkrankungen wie die Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder das Down-Syndrom auslösen können. Allerdings gibt es nur wenige Erkrankungen, bei denen ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer DNA-Veränderung (Genotyp) und der Erkrankung (Phänotyp) bekannt ist. Die PID stellt ein der Implantation vorangestelltes Screening hinsichtlich der bekannten krankheitsauslösenden Genveränderungen dar. Besteht eine solche Veränderung, werden diese Zellen in der Praxis nicht für die Implantation verwendet.

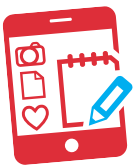
1. Informiert euch mit Hilfe des Onlinearchivs und anderer Quellen über das Embryonenschutzgesetz, um folgende Fragen beantworten zu können:
 - › Was ist in Deutschland im Zuge der Präimplantationsdiagnostik erlaubt, was nicht?
 - › Wie sind die Regelungen in anderen Ländern?
2. Diskutiert darüber, ob ihr es erlauben würdet, Embryonen mit einer festgestellten Anomalie zu vernichten!
3. Informiert euch mit Hilfe des Onlinearchivs eurer Zeitung und weiterer Quellen umfassend über die Präimplantationsdiagnostik. Erstellt gemeinsam mit euren Mitschülern eine Pro-Kontra-Tabelle! Schreibt eine Stellungnahme unter der Überschrift: Präimplantationsdiagnostik – Fluch oder Segen?

Pränataldiagnostik

In unserer Gesellschaft ist es üblich, eine Schwangerschaft von Anfang an ärztlich zu begleiten.

Seit den 50er Jahren haben die Untersuchungsverfahren am ungeborenen Leben durch Entdeckungen auf dem Gebiet der Molekulargenetik qualitativ einen gewaltigen Sprung gemacht. Die Kenntnis der DNA-Struktur der Chromosomen lüftete das Geheimnis der Vererbung. Mit dem Wissen über die korrekte Anzahl der Chromosomen können Abweichungen von der Regel bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet werden. So fand man beispielsweise heraus, dass ein dreifaches statt normal zweifaches 21. Chromosom „Schuld“ am Down-Syndrom ist. Im zunehmenden Maße lassen sich gegenwärtig mehr als 500 von ungefähr 5.000 bekannten Erbkrankheiten feststellen. Eine Diagnose dieser Krankheiten kann zur – auch vorgeburtlichen – Therapie oder zur Abtreibung führen.

1. Abtreibungsgegner geraten immer wieder in die Schlagzeilen. Könnt ihr in eurer Tageszeitung entsprechende Berichte finden? Nutzt auch das Onlinearchiv, um an Informationen zu gelangen. Welche Argumente führen die Protestierenden an?
2. Diskutiert mit euren Mitschülern: Sollte ungeborenes Leben in jedem Fall geschützt werden, auch wenn der Mensch später das ganze Leben lang wegen seiner Behinderung auf Hilfe angewiesen sein wird?



Führt zu diesem Thema eine Umfrage in eurer Schule durch! Entwickelt in der **App SurveyMonkey** (Android und iOS) mehrere geeignete Diskussionsfragen und befragt Schüler aus mehreren Klassen eurer Schule. Gebt euren Mitschülern dabei auch die Möglichkeit, ihre Einstellungen zu begründen (durch das Hinzufügen eines Kommentars).

Ein weiterer Sprung in der pränatalen Diagnostik ist durch die Möglichkeiten der so genannten In-vitro-Fertilisation entstanden. Sie wurde entwickelt, um kinderlosen Eltern den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Diese Methode ermöglicht es auch, ein Embryo genetisch untersuchen zu lassen. Ihr Ziel besteht darin, genetisch defekte Embryonen zu erkennen, um nur diejenigen Embryonen in die Gebärmutter einzupflanzen, die vorgeburtliche Störungen des Kindes ausschließen.

3. Prüft, welche Informationen ihr mit Hilfe der Tageszeitung, auch im Onlinearchiv, über die In-vitro-Fertilisation erhaltet! Recherchiert auch im Internet und in Fachzeitschriften! Wie steht ihr zu dieser Möglichkeit? Stellt eure Meinung gegenüber euren Mitschülern dar und begründet sie!

Pränataldiagnostik

Embryonen-Gentests bleiben erlaubt

Emotionale Debatte im Bundestag / Kritik von Behindertenverbänden und Kirchenvertretern / Zustimmung aus der Ärzteschaft

Berlin / Kiel – Einigkeit herrschte gestern nur in einem Punkt: Die Bundestagsabgeordneten haben es sich nicht leicht gemacht mit ihrer Entscheidung über die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) in Deutschland. Bis das Parlament endlich grünes Licht für die genetische Untersuchung von Embryonen – unter strengen Voraussetzungen – gab, wurde gerungen. Nun steht fest: Gentests an im Reagenzglas erzeugten Embryonen bleiben grundsätzlich erlaubt. So hatte es der Bundesgerichtshof bereits im Juni 2010 entschieden. Die Richter stellten damals fest, dass das alte Embryonenschutzgesetz zur genetischen Untersuchung von Eizellen außerhalb des Mutterleibes gar keine Regelung, mithin auch kein Verbot enthalte. Diese Lücke ist nun geschlossen. 326 von 594 Parlamentariern stimmten für einen Einsatz der PID, wenn „ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist“.

Frei von Fraktionszwängen, mit gegenseitigem Respekt und ohne Schuldzuweisungen stritten die Parlamentarier gestern vier Stunden lang. Mit ungewohnt persönlichen Bekenntnissen versuchten Gegner wie Befürworter die noch Unentschiedenen zu gewinnen. Mit tränenerstickter Stimme warb etwa der Linken-Abgeordnete Steffen Bockhahn für die Zulassung. Er selbst

sei „der glücklichste Vater der Welt“. Dieses Glück, „das ich jetzt mit meiner Frau teilen kann“, sollten auch andere haben können – und nicht wegen möglicher Erbkrankheiten vor einer Schwangerschaft zurückschrecken.

Bei ihrem Plädoyer für ein PID-Verbot bekannte hingegen SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles, sie habe „lange einen unerfüllten Kinderwunsch gehabt“. Falsch sei die Behauptung, PID-Gegner hätten kein Verständnis für Paare in schwierigen Lebenslagen. Nahles warnte aber vor einer „genetischen Qualitätskontrolle“. Wenn künftig eine Mutter ein behindertes Kind zur Welt bringe, dürfe es nicht den Vorwurf geben: „Haben Sie sich denn vorher nicht beraten?“

Kirchen und Behindertenverbände kritisierte die Zulassung von Gentests an Embryonen. „Viele Menschen mit Behinderungen müssen diese Entscheidung als diskriminierend empfinden“, erklärte die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Der Vorsitzende der Evangelische Kirche in Deutschland, Nikolaus Schneider, sagte, er hätte es vorgezogen, die PID nur bei großer Wahrscheinlichkeit einer Tot- oder Fehlgeburt zuzulassen. Schneider würdigte aber, dass es nun Rechtssicherheit gebe. Zudem stellte er fest, dass Fortpflanzungsmedizin in Deutschland mit großem Verantwortungsbewusstsein betrieben werde. Die politische Entscheidung sei mit großem Ernst vorbereitet worden.

„Realistisch betrachtet ist es doch so: Wenn es medizinische Möglichkeiten gibt, werden Menschen sie auch nutzen – gegebenenfalls illegal oder im Ausland“, gab demgegenüber Gothart Magaard, Bischofsbevollmächtigter in Schleswig und Holstein, zu bedenken. „Ich halte es für falsch, Menschen, die in einer Ausnahmesituation sind, zu ‚Medizin-Touristen‘ werden zu lassen. Aber: Für uns Christinnen und Christen ist jedes Menschenleben ein Gottesgeschenk und als solches zu achten und zu schützen.“

„Ich habe großen Respekt vor der Diskussionskultur, die der Bundestag in dieser Frage gezeigt hat“, lobte Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP). Er halte die Entscheidung für einen guten, vertretbaren Weg. Garg hatte zuvor gegenüber unserer Zeitung betont: „Eltern sind diejenigen, die die Verantwortung für ihre Kinder tragen. Sie sollten die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft treffen dürfen.“ Carsten Leffmann von der Schleswig-Holsteinischen Ärztekammer verwies daneben darauf, dass die Gruppe der Betroffenen klein sei. Experten schätzen, dass derzeit 100 bis 200 deutsche Paare pro Jahr die PI-Diagnostik erwägen.

Marco Krefting
Karl-Heinz Reith
Anette Asmussen
08.07.2011

Pränataldiagnostik

Mutterglück dank PID

Kinderwunschzentrum Lübeck: Erstes Baby in Deutschland nach Präimplantationsdiagnostik geboren

LÜBECK Großer Erfolg für die Mediziner: 3010 Gramm, 50 cm bringt das kleine Mädchen auf die Waage, das gestern per Kaiserschnitt das Licht der Welt im Kinderwunschzentrum am Campus Lübeck erblickte. „Sie ist putzmunter und kerngesund“, freut sich Prof. Dr. Klaus Diedrich, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Es ist das erste Kind, das nach einer Präimplantationsdiagnostik (PID) einer monogenetischen Erkrankung in Deutschland geboren

wurde. Monogenetische Erkrankungen entstehen durch einen Defekt in einem einzelnen Gen. Die PID ist ein Untersuchungsverfahren zur Erkennung von schweren genetisch bedingten Erkrankungen. Sie wird an im Reagenzglas gezeugten Embryonen durchgeführt, wenn ein hohes Risiko für eine solche Erkrankung besteht. Die Methode darf in Deutschland seit 2011 nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden.

Der PID geht in jedem Fall eine künstliche Befruchtung voraus. „Nur so können wir die Embryonen untersu-

chen, die später in die Gebärmutter eingesetzt werden“, erklärt Prof. Dr. Georg Griesinger, Leiter der Sektion Reproduktionsmedizin am Campus Lübeck. Die Eizellen werden punktiert und künstlich befruchtet. Jedem der entstandenen Embryonen wird dann eine einzige Zelle entnommen, an der die Kollegen im Institut für Humanogenetik unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Gillissen-Kaesbach testen, ob der Embryo die krankheitsverursachende Mutation trägt oder nicht. Nur nicht betroffene Embryonen werden in die Gebärmutter eingesetzt.

Die überglücklichen Eltern hatten sich nach einem langen und schmerzhaften Weg für die PID entschieden. Beide Partner sind Anlageträger für die schwere Form des Desbuquois-Syndroms, eine genetisch bedingte Skelettanomalie, bei der die Kinder meist während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt sterben. Das Paar hatte drei Schwangerschaften hinter sich, bei denen der Fötus im Mutterleib gestorben war.

Die PID konnte ein 25-prozentiges Wiederholungsrisiko für ein betroffenes Kind ausschließen. *st*

28.01.2012

Pränataldiagnostik

Kassen zahlen Bluttests vor Geburt

Neuregelung steckt enge Grenzen / Kritiker: Beschluss führt zu mehr Abtreibungen

BERLIN Für viele werdende Mütter ist es eine Hilfe, aber auch eine schwierige ethische Frage: Bluttests vor der Geburt auf ein Downsyndrom des Kindes können künftig von der Kasse bezahlt werden. Möglich sein soll die Kostenübernahme aber nur in engen Grenzen, wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten, Krankenkassen und Kliniken als oberstes Entscheidungsgremium gestern beschloss. Nämlich „in begründeten Einzelfällen“: bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken und verbunden mit ärztlicher Beratung und weiteren Informationen.

Der Vorsitzende des G-BA Josef Hecken machte deutlich, dass es ausdrücklich nicht um allgemeine Reihenuntersuchungen gehe. Durch die „sehr engen Voraussetzungen“ werde klar und eindeutig geregelt, dass der Bluttest nicht als ethisch unvertretbares „Screening“ eingesetzt werde. Ziel ist es laut G-BA, Risiken der sonst üblichen Entnahme von Fruchtwasser oder Plazentagewebe durch die Bauchdecke zu vermeiden, was als schlimmste Komplikation zu Fehlgeburten führen könne.

Angesichts dieses „Schadenspotenzials“ und der „hohen Testgüte“ der nicht-invasiven Bluttests sei die Aufnahme in den Leistungskatalog der



Mithilfe eines Bluttests kann vor der Geburt festgestellt werden, ob ein Kind das Downsyndrom hat. FOTO: DPA/BERND THISEN

Kassen beschlossen worden, sagte Hecken. Diese Tests werden seit 2012 angeboten. Sie untersuchen im Blut der Schwangeren etwa, ob das Kind mit Downsyndrom auf die Welt käme. Bisher sind die rund 130 Euro teuren Tests meist selbst zu zahlen. Die seit mehr als 30 Jahren üblichen Fruchtwasseruntersuchungen bezahlen die Kassen dagegen.

Festgelegt wurde, dass die ärztliche Beratung „ausdrücklich ergebnisoffen“ sein soll. Dabei sollen sie auch auf das „Recht auf Nichtwissen“ von Testergebnissen hinweisen. In Anspruch nehmen können Frauen die Kassenleistung aber noch nicht so schnell. Zunächst muss der G-BA – wohl Ende 2020 – beschließen, wie eine Informationsbroschüre ausgestaltet werden soll. Auch das Bundesministerium muss die Beschlüsse billigen.

Den seit Jahren schwelenden Streit beendete die Entscheidung nicht. Der Präsident des Zentralkomitees der deutschen Katholiken, Thomas Sternberg, warnte: „Es ist zu befürchten, dass es zu einem weiteren Anstieg bei Abtreibungen von Kindern mit dem sogenannten Downsyndrom kommt.“ Zudem werde einer immer weitergehenden Qualitätskontrolle ungeborenen Lebens der Weg gebahnt. *dpa*

KOMMENTAR

Die einzig richtige Entscheidung

Zweieinhalb Jahre wurde diskutiert, ob einfache Bluttests auf das Downsyndrom bei Ungeborenen von den Kassen erstattet werden sollten. Das Argument der Gegner: Es werde Druck erzeugt, behinderte Kinder abzutreiben. Und dem könnten die Erfahrungen zahlloser Eltern entgegengehalten werden, dass ein Leben mit Kindern mit Trisomie 21 erfüllend sein kann.

Es kann aber keine Antwort sein, mit Spekulationen über

eine Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen Frauen vom medizinischen Fortschritt ausschließen zu wollen. Schon heute werden durch Ultraschall sowie veraltete und gefährliche Tests die meisten Kinder mit Downsyndrom im Mutterleib erkannt. In den meisten Fällen entscheiden sich Eltern für eine Abtreibung. Die neueren, seit Jahren zugelassenen Tests vermeiden Komplikationen, erlauben frühere Klarheit und damit frühe-

re Abbrüche und sollen nur bei Risikoschwangerschaften und nach eingehender Beratung bezahlt werden. Eine Verweigerung der Erstattung löst die ethische Frage nicht. Die Entscheidung, die Tests in den Leistungskatalog aufzunehmen, ist die einzig richtige.

 Tobias Schmidt
T.Schmidt@medienhausnord.de

Pränataldiagnostik

Wie viel wollen Schwangere wissen?

Keine Überraschungen: Tests können Eltern Aufschluss darüber geben, ob ein Baby das Downsyndrom hat

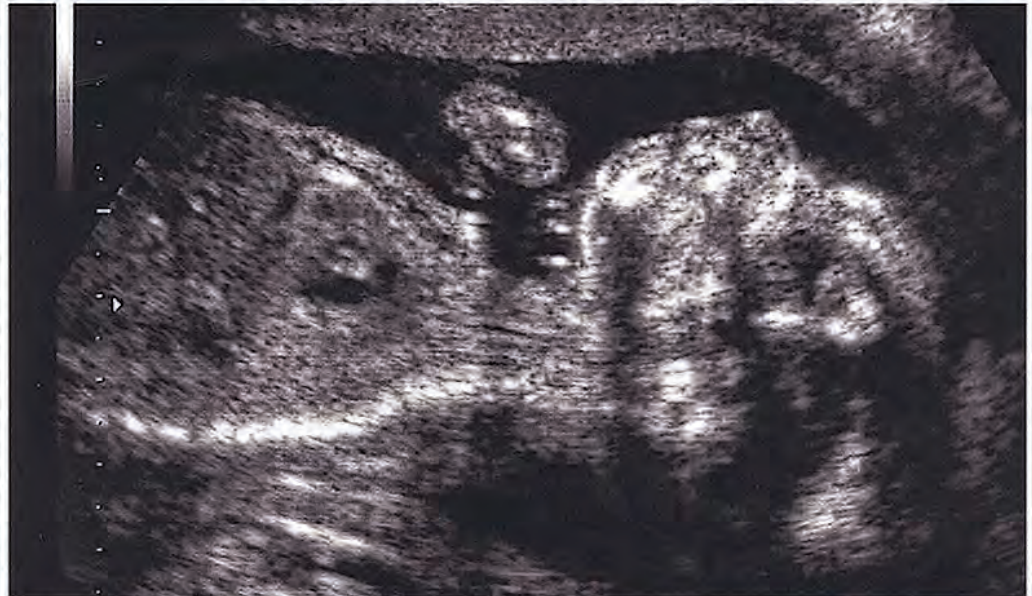
BERLIN/ORANIENBURG Mareike und Dennis Blume wussten nichts. Erst nach der Geburt ihrer zweiten Tochter Nora erfuhren sie, dass das Mädchen das Downsyndrom hat. „Das war ein Schock“, sagt Mareike Blume (36), die damals als 28-Jährige keine Risikoschwangere war. Wenn Frauen heute ein Kind mit Downsyndrom zur Welt bringen, dann oft überraschend – diese Erfahrung haben die Blumes in ihrem Verein „Glüxritter“ in Oranienburg bei Berlin gemacht, in dem sich bis zu 20 betroffene Familien regelmäßig treffen und austauschen.

Die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik sind in dem Verein, der auch werdende Eltern zu auffälligen Befunden berät, nicht nur am Welt-Downsyndrom-Tag am 21. März ein Thema. Nach Schätzungen ist es schließlich heutzutage so, dass der überwiegende Großteil der Schwangeren sich nach einem auffälligen Befund für eine Abtreibung entscheidet – mit Folgen für das gesellschaftliche Klima gegenüber Menschen mit Behinderungen, wie manche Experten befürchten. „Der Druck auf den Paaren ist so groß“, sagt Blume, während Nora, inzwischen stolze Erstklässlerin, voller Energie herumtobt.

Nach den Worten der Eltern macht die Siebenjährige oft nur das, wonach ihr gerade ist. Zum Beispiel in einen Schokoladen-Muffin beißen, obwohl eine Fotografin die Kamera auf ihre Eltern und die Schwestern Lucy (6) und Emma (10) richtet. Die Blumes sind es gewohnt, dass das Leben mit Nora nach etwas anderen Spielregeln verläuft. Unmittelbar nach der Geburt war an den heutigen offenen Umgang mit dem Thema nicht zu denken. Sie schotteten sich ab, sagten nur dem engsten Familien- und Freundeskreis etwas von der Diagnose. Das Paar gab seine Arbeit in der Gastronomie auf. Mareike Blume ist heute Einzelfallhelferin, Dennis Blume Erzieher.

Der 35-Jährige stellt Nora so vor: „Sie hat ein Chromosom mehr als wir. Oder vielleicht haben wir ein Chromosom zu wenig.“ Bei Menschen mit Downsyndrom liegt das Chromosom 21 dreifach statt doppelt vor, daher kommt der Name Trisomie 21. Das Risiko für die Anomalie steigt mit dem Alter der Mutter. Es gibt mehrere Möglichkeiten, um in der Schwangerschaft Hinweise darauf zu bekommen. Das Ersttrimester-Screening mit Ultraschall- und Blut-Untersuchung liefert Schwangeren Angaben zur Wahrscheinlichkeit.

Seit fünf Jahren können Selbstzahlerinnen auch mit einer Blutprobe das Risiko für das Downsyndrom und



Ist es gesund? Diese Fragen stellen sich viele Eltern in der Schwangerschaft. Allein am Ultraschallbild lässt sich das nicht ablesen.

IMAGO/WESTENHOL



Das Leben mit Nora verläuft nach etwas anderen Spielregeln; Dennis und Mareike Blume haben sich aber darauf eingestellt.

FOTOS: DPA



Norah macht oft nur das, wonach ihr ist. Anfangs schottete sich Familie ab, jetzt geht sie offen mit der Krankheit ihrer Tochter um.

andere Anomalien beim ungeborenen Kind bestimmen lassen. Auch bei solchen nicht-invasiven Pränataltests ist das Ergebnis kein Ja oder Nein, sondern eine statisti-

„Es ist ziemlich schwierig für die Schwangeren“

Christine Schirmer, Sozialpädagogin

sche Angabe, die es einzuordnen gilt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschäftigt sich mit der Frage, ob die Angebote, die derzeit noch mehrere Hundert Euro kosten, bei Risikoschwangeren Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen werden könnten. Mit einer Beschlussfassung wird nicht vor Ende 2019 gerechnet.

Eine nahezu sichere Diagnose ermöglichen nur invasive Verfahren wie Untersuchungen des Fruchtwassers – es wird mit einer langen Nadel aus dem Bauch entnommen, was viele abschreckt.

Zudem birgt das Ganze ein gewisses Frühgeburtsrisiko. Solche Eingriffe werden vor allem älteren Frauen angeraten. Wie oft auffällige Befunde beziehungsweise Downsyndrom-Diagnosen zu Abtreibungen führen, wird in Deutschland nicht erfasst. Auch wie viele Betroffene hierzulande leben, kann man nirgends nachlesen.

Die Sozialpädagogin Christine Schirmer, die bei Pro Familia in Berlin Schwangere berät, kennt die Zwickmühle, in der Paare stecken. Gesellschaftlich wirke es anhand der verfügbaren Untersuchungen so, als sei ein Kind mit Trisomie 21 unerwünscht, sagt sie. Gleichzeitig könne aber auch ein Abbruch als behindertenfeindlich verurteilt werden. „Es ist ziemlich schwierig für die Schwangeren, weil sie immer mehr unter Druck stehen, das gesunde, das perfekte, das nicht behinderte Kind zu bekommen. Als ob sie das steuern könnten – vom Rauchen oder Alkohol einmal abgesehen.“

Auch bei den nicht-invasiven pränatalen Tests – ein Hersteller spricht von etwa 40 000 Proben in Deutschland seit der Markteinführung 2012 – hat Schirmer teils Bauchschmerzen. Zwar seien sie für Risikoschwangere relativ sicher. Aber insbesondere junge Frauen ohne familiäre Vorbelastung, die aufgrund ihres Alters ein geringes Risiko haben, liefen Gefahr, sehr früh in der Schwangerschaft durch einen auffälligen Befund verunsichert zu werden. Um das Ergebnis mit einem invasiven Verfahren abzuklären, müssten sie bis zur 12. Woche ihrer Schwangerschaft warten. „Es ist zu befürchten, dass es auch bei nicht betroffenen Feten zu Schwangerschaftsabbrüchen kommt, weil man sich darauf verlassen hat, dass dieser Test stimmt“, sagt Schirmer.

Zudem suggeriere die Inanspruchnahme des Tests, alles für die Geburt eines gesunden Kindes getan zu haben. „Die Frau, die kein gesundes Kind bekommt, die

hat dann vermeintlich nicht alles gemacht“, gibt Schirmer zu bedenken. Eltern könne so eine Mitschuld zugewiesen werden, etwa bei Alltagsproblemen im Leben mit ei-

„Ich zweifle daran, dass es gut ist, so viel zu wissen“

Mareike Blume, Mutter von Norah (7)

nem behinderten Kind. Ohnehin entschieden sich bereits viele Frauen für einen Abbruch aus Sorge, dass das Kind von Dritten schlecht behandelt wird und dass die Belastung zu groß wird, so Schirmers Eindruck. Sie findet, dass Paare mit möglichst viel Wissen über möglicherweise anstehende Entscheidungen in eine Schwangerschaft gehen sollten.

Familie Blume kennt negative Erfahrungen in der Öffentlichkeit nur aus Berichten anderer. „Wir werden natürlich angeguckt, aber das merken wir schon nicht, was die Zukunft bringt.“ Gisela Gross

sh.z. 12.04.2018

Pränataldiagnostik

Protest gegen Trisomie-Bluttests als Kassenleistung

Bündnis aus Behindertenverbänden, Kirchen und Ärzten fürchtet, dass Änderung zu Reihenuntersuchung führen könnte

STUTTGART/HÜRTH Kaum haltende Eltern den positiven Schwangerschaftstest in der Hand, beginnt für viele schon das Bangen: Ist mit dem Ungeborenen auch alles in Ordnung? Künftig sollen diese Frage versprochen, in bestimmten Fällen von den Krankenkassen bezahlt werden.

Was auf Eltern wie ein Gewinn wirken dürfte, lässt Behindertenverbände, Kirchen und Ärzte Alarm schlagen. In einem offenen Brief, der gestern veröffentlicht wurde, fordert Bundeslag dazu auf, sich nochmals mit dem Thema zu befassen. Es stehe zu befürchten, dass die Untersuchung unter den angepeilten Rahmenbedingungen „so häufig angewandt wird, dass dies faktisch einer Reihenuntersuchung gleichkommt“, heißt es in dem



Ist das Kind gesund? Künftig sollen die Krankenkassen die Trisomie-Bluttests bezahlen. Foto: dpa/Caroline Selge

NIPT) dann tatsächlich Kassenleistung.

„Es ist fatal, was da in Gang gesetzt wurde“, sagt Claudia Heinkel, die in Stuttgart eine Beratungsstelle der Diakonie zu Pränataldiagnostik leitet. Die Kassenzulassung sende die Botschaft aus: „Es gibt hier einen einfachen Test, den wir auch bezahlen – auch weil wir es für gesellschaftlich erwünscht halten, Trisomie-21 zu suchen.“ So entstehe ein subtiler Erwartungsdruck: Werden die Eltern, die sich gegen den Test entschieden, müssten sich rechtfertigen.

Zwar betone der G-BA stets, die Bluttests sollten nur in Einzelfällen von den Kassen bezahlt werden, doch in dem Beschluss seien die Bedingungen dafür völlig offen formuliert. „Im Grunde hat der G-BA eine indikationslose Kassenleistung beschlossen“, sagt Heinen

kei. „Im Mittelpunkt steht allein die subjektive Besorgnis der Schwangeren vor einem Leben mit einem behinderten Kind.“

Auch Nilgün Dutar, Präsidentin des Berufsverbands niedergelassener Pränatalmediziner, sieht ein großes Problem in der unklaren Festlegung, für wen die Tests bezahlt werden sollen. „Wir wollen keine Reihennuntersuchung auf die Trisomie 21“, sagt sie. „Ich glaube, das will niemand – aber das ist die große Sorge.“

Und Sicherheit biete der Test nicht. Es kommt laut Dutar durchaus zu falsch positiven Ergebnissen: Im vergangenen Jahr habe sie drei Frauen behandelt, deren Testergebnis auf eine Trisomie 18 hingewiesen habe – fälschlicherweise. „Die Kinder hatten nichts. Das ist eine enorme Verunsicherung der Paare.“ dpa

auffällig, muss ein weiterer Eingriff folgen, um eine sichere Diagnose zu stellen – etwa eine Fruchtwasseruntersuchung, die mit einem Risiko für eine Fehlgeburt einhergeht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ein Gremium, das Ärzte, Krankenkassen und Kliniken zusammenschließt, hat bereits 2019 grundsätzlich entschieden, dass der

KURZ ERKLÄRT

Wie funktioniert der neue Bluttest?

Mittels Blutabnahme bei Schwangeren wird untersucht, ob das ungeborene Kind das Down-Syndrom hat, das zu mehr oder weniger ausgeprägten körperlichen und geistigen Einschränkungen führt. Dies ist möglich, da im Blut der Schwangeren auch Bruchstücke des Erbmateriale ihres ungeborenen Kindes zu finden sind. Dies macht sich der Test zunutze, indem er überprüft, ob die statistisch bei einem gesunden Kind zu erwartende Anzahl von Bruchstücken des Chromosoms 21 erhöht ist. Denn bei Down-Syndrom-Kindern liegt dieses Chromosom nicht zweifach, sondern dreifach vor. kna

mhn, 06.07.2012

NOZ, 05.03.2021

Pränataldiagnostik

Bericht: Bluttest für Schwangere soll Kassenleistung werden

ANALYSE werdende Mütter können früher feststellen, ob ihr Kind ein Downsyndrom hat – doch es gibt auch viele ethische Fragen

BERLIN Ein einfacher Bluttest zur Bestimmung einer Trisomie 21 („Downsyndrom“) in der frühen Schwangerschaft kann die Pränataldiagnostik verändern. Kritiker befürchten allerdings leichtfertige Entscheidungen gegen das Kind. Eine Zulassung des Tests als Kassenleistung rückt näher.

Wie funktioniert der Pränataltest? Der seit 2012 angebotene vorgeburtliche Test ermöglicht es Ärzten, einer Schwangeren anhand von wenigen Tropfen ihres Bluts mit hoher Treffsicherheit zu sagen, ob ihr Kind eine Trisomie 21 haben wird. Dabei werden Erbgut-Fragmente des Kindes aus dem mütterlichen Blut isoliert und untersucht.

Wie hoch ist das Risiko einer Trisomie 21? Das Risiko für Trisomien steigt mit dem Alter der Schwangeren. Trisomie 21 tritt bei ungefähr 24 von 10000 Schwangerschaften auf. In Deutschland leben etwa 30000 bis 50000 Menschen mit Downsyndrom.

Wo wird der Test angeboten? Bislang müssen Eltern

die Behandlung aus eigener Tasche bezahlen. Er wurde anfangs nur an wenigen Pränatalzentren für 1200 Euro angeboten; inzwischen betragen die Kosten in der günstigsten Variante noch rund 200 Euro. Auch einige private Kassen finanzieren den Test. Derzeit aber geht es darum, ob der Test auch als Kassenleistung angeboten wird. Entscheiden muss das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten und Krankenkassen.

Steht schon fest, wie dieses Gremium entscheiden wird? Der „Spiegel“ berichtet, dass das Gremium kommende Woche vorschlagen wird, dass Barmer, AOK und Co. den Test bezahlen – allerdings nur dann, wenn es besondere Risiken oder Auffälligkeiten in der Schwangerschaft gebe. Der Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken, hatte sich bereits mehrfach für eine Zulassung ausgesprochen. Er betont dabei, dass der G-BA einzig den Auftrag habe, wissenschaftlich-technisch zu überprüfen, ob mit dem neuen Verfahren bestimmte Gendefekte zuverlässig erkannt werden können. Über ethische und rechtliche Aspekte

müsse die Politik entscheiden.

Wie argumentieren die Befürworter der Bluttests? Sie verweisen darauf, dass die Bluttests eine risikoarme Alternative zu bestehenden Verfahren wie etwa der Fruchtwasseruntersuchung seien, die immer mit einem Fehlgeburtsrisiko behaftet sind. Befürworter der Bluttests erklären, es wäre Doppelmoral, die riskantere Fruchtwasseruntersuchung zu akzeptieren, aber auf ein weniger riskantes und weniger belastendes Verfahren zu verzichten.

Was sagen die Gegner? Sie befürchten, dass die Bluttests zu einer Art Automatismus bei vorgeburtlichen Tests führen. Schwangerschaft werde immer stärker zu einer Schwangerschaft auf Probe; werdende Mütter könnten durch die Tests verunsichert werden. Der gesellschaftliche Druck, ein gesundes Kind zur Welt bringen zu müssen, steige. Kritiker verweisen zudem darauf, dass im Falle eines auffälligen Ergebnisses eine Bestätigung des Befundes durch eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden muss. KNA

Delmenhorster Kreisblatt, 18.03.2019

Aktive Sterbehilfe

In Deutschland sterben rund 850.000 Menschen jährlich. Schätzungsweise zwei Drittel erleiden ihren Tod im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim. Langwierige Krankenhausaufenthalte nehmen zu. Eine hochentwickelte Apparatedizin suggeriert Therapiemöglichkeiten und -erfolge bis zum letzten Atemzug. Beim Todeswunsch aus Lebensüberdruß ist die aktive Sterbehilfe nicht akzeptiert.

1. Die Entscheidung des niederländischen Parlaments zur Legalisierung der Euthanasie hatte im Jahr 2000 in Deutschland eine neue Diskussion über die aktive Sterbehilfe ausgelöst, bis heute.
 - › Beobachtet vier Wochen lang im Onlinearchiv und in den aktuellen Ausgaben eurer Tageszeitung die Berichterstattung zum Thema aktive Sterbehilfe.
 - › Was findet ihr zum Stichwort Euthanasie in der Tageszeitung und im Archiv?
 - › Welche Informationen bietet das Internet zum gesamten Themenkomplex?
 - › Verfolgt im Fernsehen Berichte über das Leben alter und kranker Menschen und Debatten über Sterbehilfe!
 - › Wenn möglich, besucht Altenheime und Krankenhäuser: Sprecht mit Patienten und Pflegekräften, um euch ein genaues Bild machen zu können!
2. Vergleicht eure Beiträge und Erfahrungen mit denen eurer Mitschüler!
3. Gestaltet gemeinsam eine Informationswand zum Thema aktive Sterbehilfe! Achtet darauf, dass die Pro- und Kontra-Argumente gleichberechtigt und wertfrei nebeneinander stehen!
4. Bietet den Mitgliedern eurer Schulgemeinschaft die Möglichkeit, ihre Meinung zum Thema darzustellen! Hängt ein Plakat auf und bittet sie darauf um Kommentare!
5. Diskutiert vor dem Hintergrund aller gesammelten Informationen und Beiträge die Frage: Was darf der Mensch und was darf er nicht?
6. Klärt in diesem Zusammenhang folgende Begriffe:
 - › Verantwortungsethik
 - › Gesinnungsethik
 - › normative Ethik

Sammelt eure gewonnenen Informationen mit **iBooks Author** (iOS) oder **Book Creator** (Android und iOS) zu einem E-Book, in dem ihr zum einen die Fakten zu diesem Thema darlegt und das Problem beschreibt. Zum anderen könnt ihr in diesem E-Book Porträts zu Schicksalen und Geschichten aus diesem Bereich schreiben und interessierte Leser so ausführlich und anschaulich über die Thematik informieren.



Aktive Sterbehilfe

Brauchen wir die aktive Sterbehilfe?

Hilfe beim Sterben oder Hilfe zum Sterben – auf eine so kurze Formel lässt sich der Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe bringen. Doch das viel diskutierte Thema ist weitaus komplexer. Dr. Henning Schmidt, ehemaliger Chef der Neurochirurgie der Diako in Flensburg, befasst sich mit den unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe und fragt: Brauchen wir die aktive Sterbehilfe?

Im März 2005 wurde Terri Shiavo, eine junge Amerikanerin, die aufgrund einer schweren Hirnschädigung 15 Jahre lang im Wachkoma lag, auf Antrag des Ehemannes mit höchstrichterlicher Billigung durch Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug getötet. Die Kontroverse über Terri Shivas Tod hat weltweit Aufmerksamkeit erregt und heftige Debatten um die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe, um die es sich hier meines Erachtens gehandelt hat, ausgelöst.

Die Diskussion wurde im Laufe des Jahres durch verschiedene Ereignisse akzentuiert, zuletzt durch den Vorstoß des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch, die Sterbehilfe zu legalisieren, der Befürworter und Gegner erneut auf den Plan gerufen hatte.

Der Begriff Sterbehilfe umfasst zwei grundsätzlich unterschiedliche Handlungsweisen im Umgang mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase, mit Sterbenden, unheilbar Erkrankten, mit unerträglich Leidenden. Sterbehilfe kann zum einen Sterbebeistand, Sterbebegleitung bedeuten, das ist Hilfe beim Sterben durch Pflege,

schmerzlindernde Behandlung und menschliche Zuwendung. Sterbehilfe bedeutet zum anderen Hilfe zum Sterben.

In der Sterbehilfediskussion werden in der Regel vier Formen der Sterbehilfe im Sinne von Hilfe zum Sterben unterschieden:

Das Sterben lassen, die passive Sterbehilfe ist die Einschränkung oder der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen unter Beibehaltung von Schmerzlinderung und Pflege. Die Unterschiede zwischen Hilfe beim Sterben, also der Sterbebegleitung und passiver Sterbehilfe sind fließend.

Die indirekte Sterbehilfe oder die indirekte aktive Sterbehilfe bedeutet außer Therapiebeendigung eine schmerzlindernde Therapie zur Verminderung von Schmerzbeschwerden und Unruhezuständen, auch unter, wohl gemerkt, nicht beabsichtigter Inkaufnahme eines Lebensverkürzungsrisikos.

Beihilfe zum Suizid oder etwas milder ausgedrückt Freitodbegleitung bedeutet eine Hilfeleistung zum Freitod durch Beschaffung und Bereitstellung eines tödlichen Medikamentes, das dann vom Betroffenen selbst eingenommen wird.

Die direkte, aktive Sterbehilfe ist die Tötung eines kommunikationsfähigen oder auch im juristischen Sinne geschäftsfähigen unheilbar Erkrankten oder Sterbenden auf dessen Verlangen hin, sowie die Tötung eines Betroffenen ohne eigene Urteilsfähigkeit nach dessen mutmaßlichem Willen oder entsprechend einer Patientenverfügung durch Verabreichung eines tödlich wirkenden Medikamentes durch

einen Arzt oder eine andere Person.

Vielfach wird für das Themenfeld Sterbehilfe das Wort Euthanasie (griechisch: schöner Tod) gebraucht. Es entspricht dem klassischen Wunsch nach einem angenehmen Übergang vom Leben zum Tod, beinhaltet jedoch nicht, wie fälschlicherweise immer angenommen wird, primär den Gedanken an eine fremde Hilfe.

Im deutschen Sprachgebrauch hat sich dieser Begriff, und ich meine zu Recht, nicht durchsetzen können. Er ist in unserem Fühlen untrennbar mit den politisch, rassistisch und eugenisch motivierten Massentötungen, so genannten lebensunwerten Lebens Kranker und Behinderter während der Zeit des Nationalsozialismus assoziiert, und es ist zu hoffen, dass dieser Begriff Euthanasie, hinter dem sich ein so furchtbarer Verlust an Mitmenschlichkeit verbarg, mahndend in Erinnerung bleibt.

Obwohl es sich insbesondere bei der aktiven Sterbehilfe um einen Tötungsakt handelt, gibt es in der deutschen Rechtsprechung keine direkte auf die Sterbehilfe bezogene gesetzliche Regelung. Auch andere Staaten tun sich schwer damit. In Deutschland wird das Themenfeld Sterbehilfe in rechtlicher Hinsicht in erster Linie nach den Bestimmungen des Strafgesetzbuches und - soweit ärztliches Handeln betroffen ist - nach dem ärztlichen Standesrecht behandelt.

So gibt es eine Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2004, die den Arztberuf mit der aktiven Sterbehilfe für nicht vereinbar hält. Strafrechtlich wird im Einzelfall geprüft, ob Fremdtötungsparagrafen

Aktive Sterbehilfe

zur Anwendung kommen müssen.

Suizid und Beihilfe zum Suizid sind nach deutschem Recht straffrei. Geprüft wird jedoch in diesen Fällen, ob der Tatbestand des Totschlags oder der unterlassenen Hilfeleistung je nach Gestaltung des Vorganges erfüllt wurden, und ob speziell Ärzte und Angehörige als so genannten Garanten des Schutzes von Anvertrauten ihre Stellung missbraucht haben. Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ist in dem Moment gegeben, in dem die im Selbstmord Sterbenden bewusstlos werden, weil der Arzt dann aufgrund dieser Krankheitssituation zur Hilfestellung verpflichtet ist. Es ist damit unmissverständlich, dass zumindest die aktive Sterbehilfe im engeren Sinne in Deutschland verboten ist, und dass es bisher bei Menschen in der Phase des Lebensendes keine Ausnahme davon gibt. Auch in den Niederlanden, die von Befürwortern der aktiven Sterbehilfe wegen der liberaleren Verhältnisse dort immer wieder in die Diskussion gebracht werden, ist die aktive Sterbehilfe nicht erlaubt. Ein Gesetz sieht lediglich vor, dass die Strafverfolgung ausgesetzt wird, wenn gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzungen dabei eingehalten werden

WORIN LIEGT DER UNTERSCHIED ZWISCHEN AKTIVER STERBEHILFE EINERSEITS UND PASSIVER ODER INDIREKTER AKTIVER STERBEHILFE ANDERERSEITS?

Im Fall der aktiven Sterbehilfe handelt es sich um einen willentlich herbeigeführten Tötungsakt, um eine Fremdtötung.

Im Fall der passiven und indirekt

aktiven Sterbehilfe handelt es sich um ein Handeln im klassischen Sinne eigentlicher ärztlicher Aufgaben. Der Arzt kommt hier seiner Verpflichtung und Verantwortung nach, den ihm anvertrauten Menschen unnötige, sinnlose, lebensverlängernde Maßnahmen zu ersparen und das Sterben zu erleichtern. Er handelt, gemäß seiner gesellschaftlichen Aufgabe, im Sinne und zum Wohle des Kranken, insbesondere auch des nicht mehr Entscheidungsfähigen. Dabei muss ein breiter Entscheidungsspielraum für den Arzt im Zusammenspiel mit allen am Therapieprogramm Beteiligten bleiben. Diesen Entscheidungsspielraum wird er nach seinem besten Wissen und Gewissen nutzen dürfen und auch nutzen müssen, und er wird ja auch nicht selten genutzt. Still und einvernehmlich.

In Umfragen sprechen sich viele Menschen für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aus. Worauf beruht dieser Wunsch nach Beendigung des Lebens durch fremde Hand?

Der Tod ist selbstverständlicher Teil des Lebens; er ist weder gut noch schlecht. In einer säkularisierten, aufgeklärten Gesellschaft, die auf das Machbare zählt und hofft, ist der Gedanke an das unabwendbare Ende jedoch schwer zu ertragen, schwer zu verstehen. Das Diesseits ist vertraut, das Jenseits unbekannt, die Ungewissheit, was danach kommt, Angst auslösend und beklemmend. Auch religiöse Überzeugungen, auch der tröstliche Glaube an eine Existenz danach, vielleicht an ein Aufgehobensein in Gott sind brüchig geworden. Viele sind von der Furcht besetzt, dass alles einfach aufhört und im Nichts endet.

In der Angst vor dem Ungewissen, vor Schmerzen, vor einem lan-

gen Leiden oder Hilflosigkeit, vor dem Ausgeliefertsein, erwächst der Wunsch nach einer schnellen Lösung, erwächst der Ruf nach jemandem, der einem den Tod beschert, der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Es soll rasch vorbei sein.

Weitere Gründe sind Schamgefühle wegen der eigenen Schwäche und Hilflosigkeit, in der man sich dem Zugriff Anderer ausgesetzt sieht, sind der Wunsch, die Angehörigen zu schonen, man will ihnen nicht zur Last fallen mit Krankheit und Siechtum, sie nicht in Verlegenheit bringen.

Es sind unstillbare Schmerzen, ein Leiden unter körperlicher und geistiger Gebrechlichkeit, Entstelltsein, Inkontinenz, nicht verheilender Wunden in bestrahlten Körperarealen und die daraus resultierende Sehnsucht nach Erlösung.

Doch nicht nur Angst und Depression lassen den Wunsch nach einem schnellen Tod entstehen, auch ein Anspruch auf einen so genannten würdigen Tod wird formuliert, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

Jeder dieser Gründe ist verstehbar und akzeptabel. Natürlich hat jeder das Recht sich gegen einen medizinisch-technisch möglichen, aber therapeutisch fragwürdigen Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen auszusprechen und über Fortsetzung und Beibehaltung zu entscheiden, entweder aus eigener Urteilsfähigkeit heraus, oder im Rahmen einer Patientenverfügung, wenn eine persönliche Stellungnahme nicht mehr möglich ist.

Aber ist die aktive Sterbehilfe denn der einzig gangbare Weg, mit den Problemen in der letzten Lebensphase fertig zu werden? Sicher, was bleibt uns denn, nachdem die Kultur des

Aktive Sterbehilfe

Sterbens als normaler Teil des Lebens verloren gegangen zu sein scheint? Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe sprechen vom Recht auf Sterben, auf einen würdigen Tod durch fremde Hilfe. Aber ist das Getötetwerden auf Verlangen oder nach dem mutmaßlichen Willen denn ein würdiger Tod? Entspricht er der Würde des Menschen, entspricht das dem Schutz, den wir dem menschlichen Leben um seiner Selbst willen schuldig sind? Wie ist es mit der Würde desjenigen, der die Tötung durchführen soll? Ein Recht auf aktive Sterbehilfe verlangt nach einer Pflicht zu töten durch Andere. Wer soll in diese Pflicht genommen werden? Vielleicht die Ärzte, die dem Leben verpflichtet sind, deren eigentliche Aufgabe es ist, Vertrauen, Schutz, Trost, Heilung zu garantieren. Oder die Angehörigen, die genauso Garanten in diesem Sinne sein sollten?

Wenn Ärzten oder anderen das Töten erlaubt sein soll, wenn das Fremdtötungsverbot, das so ziemlich das letzte Tabu ist, das unsere Gesellschaft respektiert, verletzt wird, wie wird es dann weitergehen? Es existiert doch jetzt bereits eine Grauzone im Umgang mit menschlichem Leben zu Beginn des Lebens in Form der legalisierten Abtreibung. Wird eine weitere Relativierung des Fremdtötungsverbots die Ausweitung auf andere Personenkreise nach sich ziehen? Steht uns ein vielleicht sehr subtiler, kaum merklicher, aber doch deutlicher Auflösungsprozess des Respekts vor Leben, vor allem im Alter, in Pflegeabhängigkeit und geistiger Behinderung bevor? Diesmal ohne ideologische Verblendung, nur vielleicht aus ganz unmerklich immer verständlicher werdenden, z.B. ökonomischen Gründen oder vermeintlichen Zwängen? Irgendwann würden wir es alle verstehen, hielten wir es vielleicht

für normal, würden wir nicht mehr merken, dass sich eine latente Entsolidarisierung, etwa mit alten oder demenzkranken Menschen vollzieht. Der Mensch macht alles was machbar ist, zumal in einer pluralistischen, offenen Gesellschaft, in der es kaum Grenzen gibt. Um einem solchen erneuten ethischen und kulturellen Dammbreach vorzubeugen, muss das Fremdtötungsverbot aus meiner Sicht absolut eingehalten werden.

WAS ABER DANN?

Wenn ein Sterbewilliger um Sterbehilfe ersucht, stellt sich oft die Frage, ist das Verlangen wirklich authentisch? Ist es nicht nur aus der Not geboren? Ist es wirklich eine autonome Entscheidung, oder würde die Entscheidung so nicht gefällt werden, der Wunsch nach einer schnellen Erlösung nicht so geäußert werden, wenn die Phase des Sterbens unbelasteter, weniger quälender, weniger angstbesetzt, weniger schmerzhaft lebbar wäre? Wenn es die Möglichkeit gäbe, das Unglücklichsein, die Depression, die Verzweiflung so zu mildern, dass auch der letzte Lebensabschnitt als Chance für einen würdigen Abschluss des Lebens gesehen werden kann. Entspricht nicht das der eigentlichen Würde des Menschen?

Was muss getan werden, um dies zu erreichen? Was muss man tun, damit Angst und andere seelische Nöte, die von Schwerstkranken und Sterbenden, aber auch genauso von Angehörigen angesichts des bevorstehenden Todes geäußert werden, weder zum Wegschauen, noch zu zweifelhaften Tötungsangeboten führen, sondern zu einer hilfreichen Auseinandersetzung damit?

Was ist wichtig, um einen guten, menschenwürdigen Tod zu sterben? Was ist wichtig, um die letzte Phase

des Lebens unmittelbar vor dem Tod zufrieden, vielleicht sogar besonders erfüllt in gelassener Übereinstimmung mit der Unabänderlichkeit des Geschehens, im Frieden mit seinen Nächsten erleben zu können?

Die Hospizbewegung hat die Voraussetzungen formuliert. Ich zitiere Dr. Ingemar Nordlund vom Katharinen-Hospiz am Park in Flensburg. Um einen guten Tod zu sterben, brauchen wir:

- eine gute Schmerz- und Symptomkontrolle
- die Überwindung von Einsamkeit und Hilflosigkeit
- offene Kommunikation und Entscheidungen zusammen mit einem Arzt, mit der Familie oder mit Freunden
- gute Vorbereitung auf das Sterben
- Erfüllung, d. h., über sein Leben nachdenken oder davon erzählen. Konflikte lösen, Glaubensfragen bearbeiten, Zeit zusammen mit der Familie und den Freunden haben und Abschied nehmen
- Bereitschaft zum Wohlfühlen Anderer beizutragen
- Bestätigung des Patienten als einmalige und ganze Person.

Aktive Sterbehilfe ist vielleicht praktisch. Ein Zeichen von Mitmenschlichkeit und Menschenliebe ist sie nur bedingt. Wir brauchen sie nicht, wenn wir uns an unsere Tugenden der Sympathie und der Solidarität sowie an unsere eigene Zerbrechlichkeit und Hilflosigkeit erinnern. Die Würde des Menschen ist nicht nur die Würde, die er durch das Dasein um seiner Selbst willen hat, sondern sie ist auch die Würde, die wir ihm geben. Wir sollten uns hüten, das Tabu des Tötungsverbot zu brechen, ein Tabu, das für das Bewusstsein einer humanen solidarischen Gesellschaft grundlegend ist.

24.04.2006

Aktive Sterbehilfe

Wo liegen Grenzen der Sterbehilfe?

Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe verhandelt Beschwerden gegen Paragraph 217

KARLSRUHE Das Bundesverfassungsgericht prüft die in Deutschland bestehenden Grenzen bei der Sterbehilfe. Vor dem höchsten deutschen Gericht in Karlsruhe begann gestern eine zweitägige Verhandlung über das Verbot der sogenannten geschäftsmäßigen Sterbehilfe. Schwer kranke Menschen, Ärzte und Sterbehilfevereine klagen in Karlsruhe gegen den vor mehr als drei Jahren eingeführten Strafrechtsparagrafen 217, der die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe stellt. (Az. 2 BvR 2347/15 u. a.)

Die Neuregelung war Ende 2015 nach langen und kontroversen Debatten im Bundestag beschlossen worden. Die Beihilfe zur Selbsttötung blieb durch die Neuregelung zwar grundsätzlich weiter erlaubt. Sie kann aber nun gehandelt werden, wenn sie „geschäftsmäßig“ betrieben wird – selbst wenn kein kommerzielles Interesse dahintersteht. Es droht eine Geldstrafe oder eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren. Die Verfassungsrichter müssen nun prüfen, ob diese Regelung gegen das Grundgesetz verstößt.

Es gehe in dem Verfahren nicht „um die moralische oder politische Beurteilung der Selbsttötung“, sondern „ausschließlich um die Verfassungsmäßigkeit einer konkreten Strafnorm mit einem beschränkten Anwendungsbereich“, stellte Gerichtspräsident Andreas Voßkuhle zu Beginn der Verhandlung klar. Es gehe allein um die „Reichweite des Freiheitsraums, den das Grundgesetz einer staatlichen



Das Bundesverfassungsgericht muss entscheiden, ob die in Deutschland bei der Sterbehilfe gezogenen Grenzen mit dem Grundgesetz vereinbar sind. FOTO: DPA/PATRICK SEEGER

Strafandrohung entgegengesetzt“.

Die schwer kranken Menschen, die in Karlsruhe klagen, berufen sich vor allem auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht und leiten daraus ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Die Ärzte stützen ihre Verfassungsbeschwerden auf eine Verletzung der Gewissens- und Berufsfreiheit. Die Sterbehilfevereine wenden sich dagegen, dass sie für ihre Mitglieder durch die Neuregelung nicht mehr tätig werden können.

Der 2015 beschlossene Gesetzentwurf für den umstrittenen Paragrafen beruhte auf einer parteiübergreifenden Initiative. Die maßgeblich daran beteiligten Abgeordneten Kerstin Griese (SPD) und Michael Brand (CDU) verteidigten die Regelung in der mündlichen Verhandlung

vor dem Verfassungsgericht. Viele Gespräche hätten ihnen damals gezeigt, dass der Wunsch nach einem Suizid oft ein Ruf nach Hilfe sei. Deshalb sei das Gesetz auch mit einem Ausbau von Hospizeinrichtungen und der Palliativmedizin verbunden gewesen. „Es geht um Hilfe beim Sterben, nicht um Hilfe zum Sterben“, sagte Griese. Der CDU-Politiker Brand zeigte sich überzeugt, dass das Gesetz „zielgenau und präventiv“ wirke. Es sei darum gegangen, Missbrauch zu stoppen und Hilfen stark auszubauen. Menschen dürften sich in dieser Frage nicht unter Druck gesetzt fühlen.

Das Bundesverfassungsgericht will seine Verhandlung heute fortsetzen. Das Gericht verhandelt äußerst selten zwei Tage lang öffentlich. Ein Urteil wird erst in einigen Monaten erwartet. AFP

KOMMENTAR

Kein Geschäft mit dem Tod

Es ist eine schwere Entscheidung, die die Karlsruher Richter treffen müssen. Klar ist: Eine Gesellschaft muss ein selbstbestimmtes, würdevolles Sterben ermöglichen. Auch der Wunsch nach dem Tod ist legitim. Paragraph 217, ein Kompromiss, dem intensive Debatten vorausgingen, verbietet Ärzten nicht, Suizidbeihilfe zu leisten. Er verbietet aber, daraus ein Geschäft zu machen. Es ist ein guter Kompromiss. Denn wer sucht, findet die Geschäftemacher. Ein Blick in die Satzung des ebenfalls gegen den Paragrafen 217 klagenden Vereins „Sterbehilfe Deutschland“ offenbart: Unter Schlagworten wie

„Selbstbestimmung bis zum letzten Atemzug“ steckt keineswegs reine Selbstlosigkeit. 7000 Euro kostet der „Mitgliedsbeitrag“ jene, die schnellstmöglich einen „begleiteten Suizid“ wünschen. Zurzeit liegt dieses Tätigkeitsfeld auf Eis. Hoffentlich bleibt das so. Niemand darf gezwungen werden, einen unnötig qualvollen Tod zu erleiden. Doch jeder, der versucht, aus der höchsten Not des Lebens ein Geschäft zu machen, muss gestoppt werden.



Melanie Heike Schmidt ist Politikredakteurin unserer Verlagsgruppe
MH.Schmidt@shz.de

Aktive Sterbehilfe

sh.z. 30.01.2018

Der Tod kostet 180 Euro

Jeden Tag sterben in den Niederlanden 17 Menschen auf eigenen Wunsch – auch immer mehr Deutsche wollen ihr Leben beenden

DEN HAAG Mareike ist tot. Das stand schon seit einigen Tagen fest, seitdem das Sterben der 74-jährigen Niederländerin vorbereitet worden war. „Sie kann nicht mehr“, sagte ihr Mann Hendrijk (79) am Telefon und wurde ganz still, als er hinzufügte: „Ich halte gerade ihre Hände.“ Vor fünf Jahren gab es die ersten Anzeichen von Demenz. „Die Krankheit griff nach ihr“, erzählte er weiter. „Ich bin nicht mehr die, die ich bin“, habe sie immer wieder gesagt und geweiht – in den wenigen Augenblicken, in denen sie noch „wach“ war, ihre Familie erkannte. Das letzte Mal dürfte Wochen her sein. In einem dieser Momente sprach sie erst mit ihrem Mann, dann mit den Kindern und schließlich mit dem Hausarzt. „Ich habe kein Leben mehr, bitte lasst mich gehen“, sagte sie immer wieder. In diesen Tagen ist sie gegangen. Mit Hilfe ihres Arztes.

Sterbehilfe-Kontrolleurin tritt zurück

Mareike ist eine von jenen fast deutlich über 6000 Patienten, die in den Niederlanden derzeit im Jahr aus dem Leben scheiden. Die Zahlen explodieren regelrecht – zwischen 2012 und 2017 stiegen sie um 67 Prozent. Allein im Vorjahr waren es 38 Prozent mehr als noch 2016, die in einer der Lebensende-Kliniken Hilfe zum Sterben suchten. Für Berna van Baarsen zu viel. Die Medizinerin gehörte einem der landesweit fünf Gremien an, die Anträge auf aktive Sterbehilfe prüfen müssen. Im Januar dieses Jahres trat sie zurück. Der Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe (RTE) belegt: Derzeit sind es 17 Niederländer, die jeden Tag auf eigenen Wunsch aus dem Leben scheiden. „Die Dämme brechen“, beklagten vor einem Jahr 200 niederländische Ärzte in einer gemeinsamen Erklärung. „Unsere moralische Abneigung, das Leben eines wehriosen Menschen zu beenden, ist groß“, heiße es darin.

Ihr Vorwurf: Vor allem die Zahl der Demenzpatienten, die den Tod suchen, steige „eklatant“ an. Es handelt sich dabei um jene, die eine zentrale Voraussetzung des Gesetzes nicht mehr erfüllen können: die freie, eigenverantwortliche Entscheidung für den Tod. Seit einigen Monaten wird bei unseren Nachbarn ein Fall vor Gericht verhandelt, bei der ein Arzt einer Frau die Todesspritze auf Bitten des Pflegeheims verabreicht hatte. Und die Entwicklung geht weiter. Die Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (NVVE) will die gesetzlich geforderte Mitwirkung der Mediziner zurückführen, weil sich zunehmend mehr Ärzte weigern, die Todesspritze zu setzen. Außerdem fordern die Befürworter einer weiteren Liberalisierung die Zulassung einer Todespille. Bestellen können die Mitglie-



6000 Menschen werden in den Niederlanden jährlich durch Sterbehilfe getötet.

DIPA

der der „Kooperation letzter Wille“ das Präparat schon jetzt: 180 Euro kosten zwei Gramm eines tödlichen Medikaments – samt Mini-Safe zur sicheren Aufbewahrung. An eine weitergehende Legalisierung ist aber nicht zu denken: Im Kabinett von Premierminister Mark Rutte sitzt die Christenunion mit am Tisch, die weitere Schritte verhindern will.

2001 legalisierten die Niederlande als erstes Land weltweit die aktive Sterbehilfe. Wenig später folgten Luxemburg und Belgien. Die aktive Sterbehilfe –

ben, „Wenn es irgendwelche Tabus gibt, sind diese längst weg“, bestätigt Steven Pleiter, Chef der Lebensende-Klinik in Den Haag. „Immer mehr Menschen haben eine klare und ausdrückliche Meinung davon, wie sie ihr Lebensende gestalten wollen. Ich erwarte ein sichtliches Wachstum (an Anfragen, d. Red.) in den kommenden Jahren.“ Die Motive, so beschreibt der Klinik-Chef weiter, seien unterschiedlich. Dagebe es den 79-jährigen Siep, der sein Gift trank, um dem Schicksal zu entgehen, das seine Mutter ereilte:

70 Prozent.“ Andere berichten, dass auch „junge Personen bereits mit 30 oder 40 mit ihrem Hausarzt über Euthanasie reden.“ Viele treibe die Angst vor späterer Erkrankung an Demenz um – verbunden mit dem Risiko, dann nicht mehr selbst entscheiden zu können.

Dabei war es ausgerechnet der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg, der nicht zur EU gehört und der in einem wegweisenden Urteil vor einigen Jahren die Türe zum Sterbewunsch auch für solche Patien-

ne schriftliche Willensäußerung von ihm vorliegt.“ Somit müssten die staatlichen Stellen zusammen mit den Ärzten und der Familie aus früheren Bekundungen des Patienten dessen Willen herausfinden. Ein Urteil, das wie Wasser auf die Mühlen der Sterbehilfe-Befürworter in den drei Benelux-Staaten wirkte.

Um den Griff zur Todespille noch einfacher zu machen, will die Genossenschaft „Letzter Wille“ (CLW) nun sogar regelrechte Einkaufsgemeinschaften bilden, um geeignete Sterbemittel zu kaufen. Das passt zu dem politischen Vorstoß, aktive Hilfe zum Tod nicht nur bei Krankheiten zu erlauben, sondern auch bei Menschen, die schlicht lebensmüde seien. Professor Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, warnte bereits vor zwei Jahren vor „Alarmzeichen“ einer gesellschaftlichen Entwicklung, bei der „Sterbehilfe immer breiter akzeptiert wird“. Das ist kein niederländisches Phänomen. Betreiber einschlägiger Blogs im Internet berichten, dass Veröffentlichungen über die niederländische Sterbehilfe-Szene regelmäßig zu Anfragen von Deutschen führten, was man tun müsse, um im Nachbarland sterben zu dürfen. Da führt aber kein Weg hin. Die dortigen Sterbehilfe-Regelungen gelten allein für jene, die im Land leben und krankenversichert sind.

Auch Tötungen ohne Zustimmung

„Aber das Leiden derer, die freiwillig gehen möchten, hält sich nicht an Grenzen“, lautet ein Eintrag im Internet von einem Deutschen, der sich selbst als „79-jähriger Todeskandidat“ vorstellt und so gerne seinen „täglichen Qualen ein Ende setzen möchte.“ Er hat den Satz dazu gesetzt: „auch im Sinne allerer, die ich so sehr liebe und denen ich nicht länger zur Last fallen will“. Doch die liberalen Regelungen in den Benelux-Staaten sind einzigartig in Europa. Aktive Sterbehilfe wurde in Deutschland verboten. Dieser Konsens zwischen Palliativmedizinern und Gesetzgebern steht außer in der Schweiz auch in keinem anderen Land zur Diskussion. Fast überall wird genau jener Dammbreach befürchtet, der in den Niederlanden eingesetzt hat: Dort wurden im Vorjahr rund 400 Betroffene ohne ausdrückliche eigene Zustimmung getötet. Und niemand weiß genau, ob die gesetzlichen Kriterien wirklich in allen Fällen erfüllt waren. „Wir winken heute Fälle durch, die wir noch vor einigen Jahren nicht gestattet hätten“, warnte schon 2015 der Vorsitzende der nationalen Sterbehilfe-Kommission Belgiens, Wim Distelmans. Dort entwickelten sich die Zahlen ähnlich eklatant wie in den Niederlanden. Und eine Erklärung dafür sucht man bisher vergeblich. *Detlef Drewes*

„Wir winken heute Fälle durch, die wir noch vor einigen Jahren nicht gestattet hätten.“

Wim Distelmans
Vorsitzender der nationalen Sterbehilfe-Kommission Belgiens

die in den Niederlanden offiziell „Euthanasie“ heißt – bleibt strafbar, wenn sie nicht von einem Arzt unter strengen Auflagen vorgenommen wird. So muss sich der Mediziner „von der Freiwilligkeit und dem Ernst des geäußerten Sterbewunsches seines Patienten überzeugen“.

Hinzu kommt, dass ein unerträgliches Leiden vorliegen sollte, für das es keine Besserung und keine andere Abhilfe gibt. Inzwischen gelten die Sterbe-Regeln auch für Minderjährige, bei denen die Eltern allerdings mitzuentcheiden ha-

Demenz. Und da seien eben auch Menschen wie der Patient mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung, der sich täglich selbst verstümmelte und von einer „lebenslangen Hölle“ befreit werden wollte.

Professor Theo Boer, einer der wichtigsten Ethiker und Vertreter der skeptischen Linie in den Niederlanden, warnt nicht vor solchen Fällen, sondern vor dem Trend: „Am Anfang handelte es sich bei 98 Prozent um sterbenskranke Menschen mit wenigen verbleibenden Lebenstagen. Diese Zahl ist mittlerweile geschrumpft auf

ten geöffnet hatte. Es ging damals um die Frage des 38-jährigen Franzosen Vincent Lambert, der nach einem Unfall im Koma lag. Die Ehefrau und Eltern stritten sich, ob die Geräte abgeschaltet werden dürfen. Der Menschenrechtsgerichtshof entschied: Sie dürfen – allerdings lebt Lambert noch immer. Doch die Grundsätze des Urteils haben viel verändert: „Es ist der Patient, der im Mittelpunkt der Entscheidung steht. Das gilt auch dann, wenn der Betreffende nicht mehr in der Lage ist, seinen eigenen Willen auszudrücken oder kei-

Aktive Sterbehilfe

Ein Anker für sterbende Menschen

Plaudern, Kuchen essen, Schmerzen lindern: Eine Pflegerin und ein Seelsorger berichten von ihrem Alltag in der Palliativversorgung

Paula Konersmann

Rotbraunes Fell, blaugüne Augen, eine schmale Statur: Katze Maxi weicht ihrem Frauchen nur selten von der Seite. „Sie ist ein Lichtblick“, sagt Diana Sommer*. Und das schon lange: Mit 24 Jahren hat Maxi ein stolzes Katzenalter erreicht. Sommer, 75, sollte nach ärztlicher Prognose schon längst gestorben sein. Sie hat mehrere Erkrankungen, immer wieder quälen sie Schmerzen. Claudia Reifenberg besucht die beiden alten Damen regelmäßig.

Vielleicht hätten Mensch und Tier eine Art Pakt geschlossen, sagt die Palliativschwester mit einem nachdenklichen Lächeln: „Keine will die andere alleinlassen.“ Menschen mit sogenannter infauster Prognose kommen für ambulante Versorgung infrage, wie Reifenberg sie in Bonn anbietet. „Infaust“ bedeutet, dass eine Heilung nicht möglich und mit dem Tod zu rechnen ist. Es bedeutet nicht, dass Betroffene in nächster Zeit sterben müssen. „Oft wenden sich die Patienten relativ spät an uns“, sagt Reifenberg. Aber: „Je früher wir sie kennenlernen, desto mehr können wir für sie tun.“

Medikamente und Hilfsmittel besorgen, Zusammenarbeit mit Hausärzten und Pflegediensten, Schmerzen kontrollieren: Diese Aufga-

ben machen einen großen Teil der palliativen Versorgung aus. Aber: „Ich bin auch viel einfach ‚da‘, trinke Kaffee, esse Kuchen und höre mir die Sorgen an“, sagt Reifenberg. Wie viele Patienten sie gleichzeitig betreut, kann sehr unterschiedlich sein. Zwischen drei und zehn, sagt sie. „Ich habe nie einen Plan im Kopf.“ Vielmehr orientiert sich ihr Tagesablauf am Bedarf.

Manchen genügt ein Besuch pro Woche, anderen ein Telefonat alle paar Tage. Der Palliativdienst der Bürgerstiftung Rheinviertel ist 24 Stunden erreichbar. „Das ist fast das Wichtigste“, hat Reifenberg beobachtet. „Die Patienten wissen, wenn ich ein Problem habe, kann ich anrufen, und es kommt jemand. Einigen reicht es, dass wir uns einmal kennenlernen und sie sich dann jederzeit melden können.“ Zu anderen Patienten fährt Reifenberg mehrmals am Tag.

Bernd Müller stattet jedem seiner Patienten möglichst einen Kurzbesuch pro Tag ab. Monika Nadler* lächelt, als der Seelsorger ihr Zimmer betritt. Sie liegt wegen einer Krebserkrankung auf der Palliativstation der Bonner Uniklinik, Müller arbeitet dort als katholischer Seelsorger.

Wichtig sei, Gespräche nicht auf die Krankheit zu



Oft genügt es den Patienten, mit jemandem zu sprechen – und dabei die Krankheit vergessen zu können. Foto: dpa/Waltraud Grubitzsch

verengen, sondern Mut zu machen, erklärt er. Und so tauschen sich die beiden über das Lieblingsgebet der alten Dame aus, über ihre berufliche Laufbahn als Krankenschwester. „Auf Station bin ich aufgeblüht“, sagt sie. Die Schwestern hier seien „so nett und herzlich“, sie lache oft mit ihnen.

Seit gut zwei Wochen ist Nadler auf der Palliativstation. „Aber ich zähle die Tage nicht.“ Zwischen den Fingern dreht sie ihren Rosenkranz, auf dem Nachttisch liegen zwei Brillen, ein Mund-Nasen-Schutz, ein paar Kekse – und, besonders wichtig: ihre Madonnen-Figur und die kleinen goldenen Medaillen der „Rosa Mystica“, die sie gerne an Be-

sucher verschenkt. Es mache ihr Freude, wenn Menschen die Anhänger mitnehmen. „Ohne Madonna geht nix.“

Nicht alle Patienten sind religiös. Dennoch spürten viele, „dass gerade am Beginn und am Ende des Lebens ahnbarer wird, was das Geheimnis des Lebens ausmacht“, sagt Müller. Ob jemand einen Bezug zur Kirche habe, sei dabei in keiner Weise entscheidend. Ob es zu einer Begegnung mit dem Seelsorge-Team komme, entscheide jeder Patient selbst.

„Ich komme nicht mit einem fertigen Paket. Jeder ist ein individuelles Wesen mit einem großen Lebenshintergrund und einem Reichtum an Erlebnissen.“

„Einigen reicht es, dass wir uns einmal kennenlernen und sie sich dann jederzeit melden können.“

Claudia Reifenberg
Pflegerin

Aktive Sterbehilfe



Wer schwer erkrankt, leidet oft darunter, dass nur noch die Erkrankung gesehen werde, sagt der Seelsorger. „Unsere Aufgabe ist es, Menschen in dieser Situation ernst zu nehmen.“ Wenn dies gelinge, könne sogar der Wunsch nach Sterbehilfe zurücktreten, hat der Pfarrer erfahren. Auch Reifenberg berichtet, dass dieser Wunsch bislang nur ein einziges Mal an sie herangetragen wurde.

Möglichkeiten wie die palliative Sedierung oder das „Sterbenlassen“ – also weiter zu pflegen, wenn jemand die Nahrungsaufnahme einstellt – gibt es bereits. Wenn eine gute Palliativversorgung vorhanden sei, „braucht es in der Regel kei-

ne aktive Sterbehilfe und auch keinen assistierten Suizid“, so Reifenberg.

Verbesserungen wünscht sich Müller für andere medizinische Bereiche. „Der wertschätzende Umgang mit Menschen sollte auf allen Stationen umsetzbar sein.“ Angesichts von Personalknappheit und Privatisierungen von Kliniken verschiebe sich jedoch vieles „in eine ungute Richtung“. Und Palliativschwester Reifenberg fügt hinzu, dass es Grenzfälle gebe, furchtbares Leid für Einzelne. „Da sehe ich mich nicht in der Position, das zu beurteilen.“

Die Debatte rund um Sterbehilfe verlaufe in einer Gesellschaft, die ansonsten häufig die Augen vor Leid und Tod verschließt, oftmals hitzig, findet Reifenberg. Und es gebe viel Unsicher-

heit. So sagten immer wieder Patienten, dass sie keine Angst vor dem Tod hätten, aber vor dem Sterben. „Dabei ist Sterben etwas Natürliches. Man kann darauf vertrauen, dass der Körper weiß, wie es geht.“

An den Tagen, an denen die Schmerzen besonders schlimm sind, ist Diana Sommer zum Verzweifeln zumute, sagt sie. Sie frage sich dann: „Warum werde ich durch diese Leiden geschickt? Was habe ich getan, dass ich so auf die Probe gestellt werde?“ Trotz dieser Momente und trotz der Schmerzen könne sie jetzt aber nicht sterben, sagt Sommer. „Jetzt kommt doch der Frühling.“ KNA

* Namen geändert

„Sterben ist etwas Natürliches. Man kann darauf vertrauen, dass der Körper weiß, wie es geht.“

Claudia Reifenberg
Pflegerin

NOZ, 25.05.2021

Aktive Sterbehilfe

Ärztetag hebt Verbot der Suizidbeihilfe auf

Deutliche Mehrheit nach Debatte

BERLIN Die deutsche Ärzteschaft zieht Konsequenzen aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe. Mit deutlicher Mehrheit der Delegierten entschied der Deutsche Ärztetag gestern, das bisherige Verbot der Suizidbeihilfe aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer zu streichen.

Führende Ärztevertreter betonten gleichzeitig, dass die Hilfe bei der Selbsttötung grundsätzlich nicht ärztliche Aufgabe sei und das Verbot der Tötung auf Verlangen bestehen bleiben müsse. Der Abstimmung war eine dreistündige Debatte vorausgegangen, in der das Ringen der Ärzteschaft mit dem Umgang und

der eigenen Rolle bei dieser Form der Sterbehilfe deutlich wurde. Am Ende fiel das Ergebnis eindeutig aus: 200 Ärztevertreter stimmten für die Aufhebung des Suizidhilfeverbots, acht dagegen, weitere acht enthielten sich.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das im vergangenen Jahr das Verbot der organisierten – sogenannten geschäftsmäßigen – Suizidassistenten gekippt hatte, hatte erneut eine Diskussion über das ärztliche Standesrecht ausgelöst. Schon bei der Debatte 2015 über das letztlich in Karlsruhe gekippte Verbot hatten sich Vertreter der Ärzteschaft für eine Liberalisierung ausgesprochen. *dpa*

NOZ, 06.05.2021