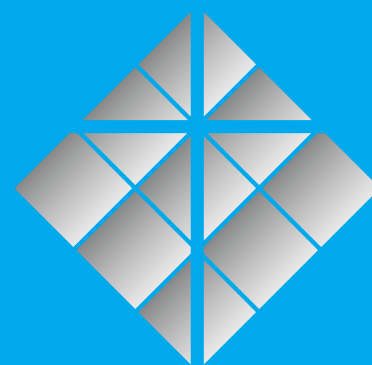


akzente

für Theologie und Dienst

www.rgav.de



März / April 2003

Inhalt

Wort des Vorsitzenden
Lutz Behrens

Gentechnische Eingriffe am Beginn
des menschlichen Lebens
Joachim Krause

Horror oder Hoffnung – wie stellen wir uns zum
Einsatz der Gentechnik am Menschen?
Martin Leupold

Hilfen zum Bibellesen – Kolosser 1, 15-20
Jesus Christus – Mittler von Schöpfung und Erlösung
Gerd Wendrock

Am Büchertisch –
Christoph Reumann, Martin Leupold

Aus der Geschäftsstelle
Karl-Heinz Schlittenhardt

Aus den Bezirken

Inhaltsverzeichnis –
Akzente für Theologie und Dienst 2002

Termine, die man sich vormerken sollte!

Nummer

2

98. Jahrgang

akzente für Theologie und Dienst

ehemals „Der Reichgottesarbeiter“
biblisch-theologische Zweimonatsschrift
der Reichgottesarbeiter-Vereinigung e.V.

1. Vorsitzender: Rektor Lutz Behrens, Postfach 1611, 08276 Aue
Telefon: (priv.) 0 37 71-274-430
(Büro) 0 37 71-274-110
Fax: 0 37 71-274-100
E-Mail: Behrens@rgav.de

Geschäftsführer: Inspektor Karl-Heinz Schlittenhardt
Baustraße 2, 17489 Greifswald
Telefon: 0 38 34-594-150
Fax: 0 38 34-594-175
0 38 34-594-199
E-Mail: Schlittenhardt@rgav.de

Der Bezugspreis von 14,30 EUR einschließlich Porto und Versand
ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.
Bankverbindung: EKK Eisenach, Konto-Nr. 416 649 (BLZ 820 608 00)

Bestellungen und Adressänderungen
an die Geschäftsstelle in Greifswald.

Redaktionsgemeinschaft: Pfarrer i. R. Siegfried Kunze, Kurzer Ging 45, 31832 Springe
(geschäftsführend)
Telefon: 0 50 41-972 659
Fax: 0 50 41-972 657
E-Mail: Kunze@rgav.de
Landesinspektor Matthias Dreßler, Theodor-Körner-Str. 24, 09221 Adorf
Prediger Dietmar Kamlah, Schloßgasse 7, 76887 Bad Bergzabern
Inspektor Traugott Kögler, August-Bebel-Straße 15, 15569 Woltersdorf
Prediger Robert Lau, Bramkamp 39, 49076 Osnabrück
Dozent Martin Leupold, Paul-Fischer-Straße 2, 16259 Falkenberg/Mark
Prediger Christoph Reumann, Am Mühlrain 31, 79541 Lörrach
(Buchbesprechungen und Verlage)
Inspektor Karl-Heinz Schlittenhardt (Anschrift wie oben)
Prediger Gerd Wendrock, Dorfstraße 1, 01609 Spansberg
(Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben nicht unbedingt
die Meinung der Redaktion wieder.)

Mitarbeiter an diesem Heft: Rektor Lutz Behrens (Anschrift wie oben)
Dipl.-Chem. Joachim Krause, Hauptstraße 46, 08393 Schönberg
Dozent Martin Leupold (Anschrift wie oben)
Prediger Gerd Wendrock (Anschrift wie oben)
Prediger Christoph Reumann (Anschrift wie oben)
Geschäftsführer Inspektor Karl-Heinz Schlittenhardt (Anschrift wie oben)

Verlag: Selbstverlag der Reichgottesarbeiter-Vereinigung e.V.
Die Zeitschrift erscheint zweimonatlich

Druck und Versand: Design & Druck C. G. Roßberg · Inh. Christa Frohburg
Gewerbering 11 · 09669 Frankenberg/Sa.

Überlegungen zum Namen der RGAV kommen zum Abschluß

In der RGAV

Lutz Behrens

Liebe Mitglieder,

ein Prozeß, der im Frühjahr 1996 begann, neigt sich dem Ende entgegen. Damals rief der Vorstand eine Strukturkommission ins Leben. Ihr gehörten Mattias Dreßler, Christian Herrmann, Thomas Käßner, Johannes Ott, Eberhard Schubert und ich an.

Wir konnten innerhalb von drei Jahren einige Weichen neu stellen. Besonders wesentlich waren zwei Ergebnisse:

Aus dem „RGA“ wurden die „akzente für Theologie und Dienst“. Eine CD mit 25 Jahrgängen des RGA wurde erstellt. Sie war so erfolgreich, daß wir jetzt weitere zurückliegende 25 Jahrgänge einschließlich der neu erscheinenden „Akzente“ erfassen. Zur 100. Hauptkonferenz auf dem Schönblick, im April 2004, wird sie fertiggestellt sein.

Nicht zum Abschluß brachte der Strukturausschuß den Auftrag, nach dem zukünftigen Namen der RGAV zu suchen. Nach einer Mitgliederbefragung, die einen Rücklauf von 70 % hatte, war das Bild sehr bunt, aber nichts war dabei, was überzeugte. So entschied sich der Vorstand 1998, einem Rat eines Mitgliedes zu folgen: „Klärt, welche Aufgaben die RGAV in Zukunft wahrnehmen will und kann. Dann fällt die Namensgebung leichter.“

In den folgenden Jahren ist die Diskussion nie verstummt. Gerade im Osten trauert man bis heute der „Predigerbruderschaft“ nach. Ein Begriff, der unser Anliegen sehr gut beschreibt.



Aber er ist auf Prediger beschränkt. Wir haben aber auch Frauen und Männer mit anderen Berufsbezeichnungen als Mitglieder. Das Für und Wider hinsichtlich des Namens „RGAV“, kam in den beiden Leserbriefen der letzten Ausgabe von „akzente für Theologie und Dienst“ gut zum Ausdruck.

Nun ist der Zeitpunkt gekommen, die Diskussion bei der Hauptkonferenz zum Abschluß zu bringen. Darum schlägt der Vorstand den Mitgliedern vor, unsere Vereinigung in Zukunft zu benennen, als:

**RGAV
Dienstgemeinschaft für Verkündigung
und Seelsorge e.V.**

Die Rückmeldungen, die wir erhielten, gingen überwiegend in Richtung dieses Vorschlages. Außerdem haben wir den Eindruck, daß wir mit dieser Kombination die Intentionen der beiden Bezeichnungen in Ost und West nach der Wiedervereinigung Deutschlands gerecht werden.

Es gibt nichts Treffenderes, was unser Selbstverständnis beschreibt, als Reichgottesarbeiter-Vereinigung. Und die Beschrei-

bung „Dienstgemeinschaft für Verkündigung und Seelsorge“ greift exakt auf, was „Predigerbruderschaft“ ausdrückt. Man kann zwar Haarspalterei betreiben, und die Ansicht vertreten, daß „Bruderschaft“ und „Dienstgemeinschaft“ nicht identisch sind. Aber das, was wir als Vereinigung leben und anbieten, ist doch gerade das Miteinander im Dienst, in dem fast alle Mitglieder als Verkündiger und Seelsorger tätig sind.

Mit dieser Kombination halten wir an einem eingeführten Namen fest und geben eine Beschreibung dessen, was wir sind. Dazu in einer Sprache, die sich selbst erklärt.

Genau das war der Auftrag, den wir in der Strukturkommission im Frühjahr 1996 erhielten. Übrigens: Es ging damals wie heute nicht darum, daß ein anderer Name mehr Mitglieder bringen würde. Das wurde zwar verschiedentlich immer angeführt. Aber Tatsache ist, daß man Mitglied in erster Linie wird, wenn die inhaltlichen Angebote stimmen. Und das scheint der Fall zu sein, da in den letzten 5 Jahren die RGAV immerhin 56 neue Mitglieder begrüßen konnte.

Ich bin überzeugt, daß dieser Vorschlag bei der Mitgliederversammlung im April in Siegen eine breite Unterstützung erfährt. So freue ich mich auf unser Jubiläum 2004 und auf die folgenden Jahrzehnte als „alte und neue RGAV“:

Der Dienstgemeinschaft für Verkündigung und Seelsorge.

*Ihr / Euer
Lutz Behrens*

Gentechnische Eingriffe am Beginn des menschlichen Lebens

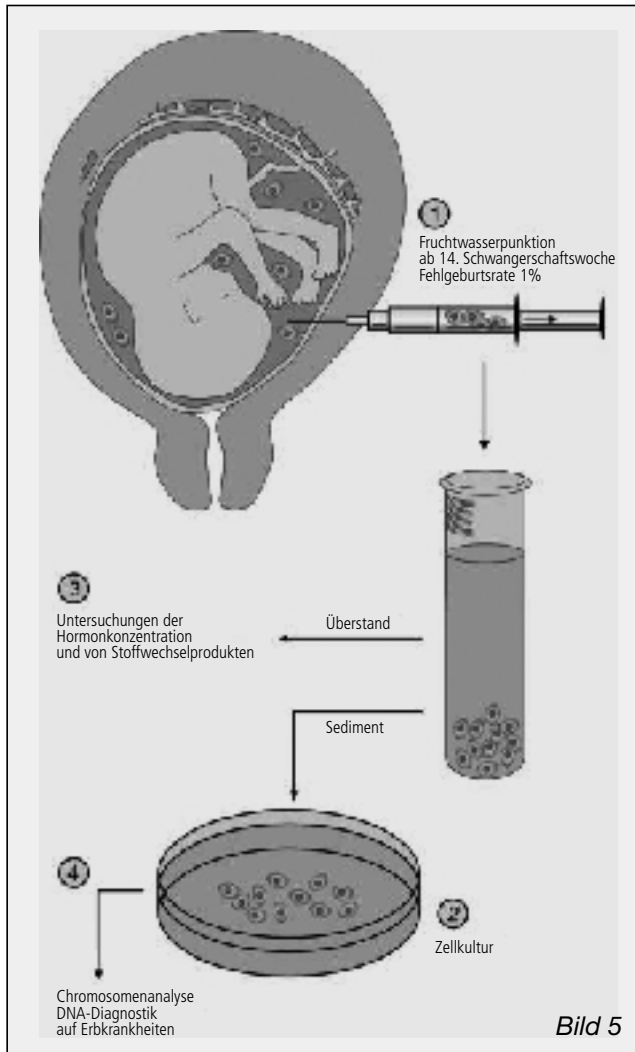
Joachim Krause

1. Pränatale genetische Diagnostik

Die Methoden der pränatalen Diagnostik (vorgeburtliche Untersuchungen) gehören in Deutschland zum Standardangebot für Schwangere. Schon länger genutzt werden Möglichkeiten von Ultraschall-Untersuchungen. Bereits seit den 70er Jahren werden auch Untersuchungen direkt an den Erbanlagen des ungeborenen Kindes durchgeführt, um frühzeitig genetische Abweichungen oder die erbliche Veranlagung für bestimmte Erbkrankheiten aufzudecken. Etwa jede zehnte Schwangere lässt derzeit in Deutschland eine genetische Untersuchung an Zellen des heranwachsenden Kindes durchführen.

In Bild 5 werden ein Verfahren zur Gewinnung von kindlichen Zellen und verschiedene Möglichkeiten der genetischen Untersuchung aufgezeigt.

Bei der Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) wird die Bauchdecke der Mutter durchstoßen und 15 bis 20 ml Fruchtwasser abgesaugt (siehe 1). Der Eingriff ist erst ab etwa der 16. Schwangerschaftswoche möglich, weil erst dann genügend Fruchtwasser zur Verfügung steht. Im Fruchtwasser schwimmen einzelne noch lebensfähige Zellen, die der Organismus des Kindes abgestoßen hat (z.B. Hautzellen). Damit genügend und für die Untersuchungen geeignetes Zell-Material zur



Verfügung steht, kann es notwendig sein, noch über ein bis zwei Wochen im Labor eine Zellkultur anzulegen, in der sich die Zellen weiter teilen (siehe 2). Aus dem Vorhandensein verschiedener Eiweiß-Substanzen im Stoffwechsel der kindlichen Zellen ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen von schweren Störungen (siehe 3). Zum weiteren ist es möglich, an den Zellen Abweichungen in der Anzahl oder Struktur von Chromosomen festzustellen. Bei Verdacht auf das Vorliegen ganz

konkreter Erbkrankheiten ist auch eine direkte molekulargenetische Untersuchung der Erbanlagen (Gene) im Zellkern möglich (siehe 4). In den meisten Fällen ergeben vorgeburtliche genetische Untersuchungen keine auffälligen Befunde, die Angst vor befürchteten konkreten Erkrankungen kann somit oft ausgeräumt werden. Wenn aber eine Chromosomenstörung oder das Vorliegen einer Erbkrankheit festgestellt werden, sieht sich die betroffene Schwangere vor eine schwerwiegende Entscheidung gestellt, ob sie nämlich ein behindertes Kind austragen will oder sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet.

Schätzungen besagen, dass es in etwa 0,5 bis ein Prozent der Anwendung der Amniozentese zum Tod des Kindes kommt (... z.B. durch Verletzungen, Infektionen). Es gibt neben der Amniozentese weitere Methoden der so genannten „invasiven pränatalen Diagnostik“ (operative Eingriffe in den Mutterleib, um kindliche Zellen zu gewinnen). Das Risiko, dadurch eine Fehlgeburt auszulösen, liegt dabei z.T. noch höher. Dieses Risiko bedeutet, dass in Deutschland jährlich etwa 800 (völlig gesunde!) Kinder durch die Unvollkommenheit der Untersuchungsmethode sterben; das sind etwa genauso viele Kinder, wie durch die Testmethoden mit schwersten Behinderungen ausfindig gemacht und abgetrieben werden.

Viele Menschen erwarten von der humangenetischen Diagnostik Aussagen mit absoluter Gewissheit, die jedoch nicht erfüllt werden können. Ein genetischer Test kann keine hundertprozentige Garantie für ein gesundes Kind liefern.

In Deutschland kommen etwa drei Prozent aller Kinder mit einer schwereren körperlichen oder geistigen Behinderung zur Welt. Davon ist aber nur etwa ein Sechstel durch genetische Defekte verursacht und könnte mit den vorgestellten Verfahren überhaupt festgestellt werden – der größere Teil der bei der Geburt vorliegenden Behinderungen entsteht z.B. durch Vergiftungen oder Infektionen im Mutterleib oder durch Komplikationen bei der Geburt.

Mukoviszidose ist die häufigste in Mitteleuropa vorkommende schwere Erbkrankheit. Etwa einer von zwanzig Menschen trägt die erbliche Veranlagung für diese Krankheit in seinem Erbgut, aber nur wenn beide Eltern Träger sind, kann statistisch jedes vierte ihrer Kinder erkranken (eines von 2000 Neugeborenen in Deutschland hat Mukoviszidose). Inzwischen weiß man, dass es bei dem für Mukoviszidose verantwortlichen Gen etwa 800 verschiedene Varianten gibt. Davon können in der Praxis nur die 30 am häufigsten vorkommenden Varianten geprüft werden, so dass auch hier eine Unsicherheit bleibt.

Die Tests selbst sind heute sehr sicher in ihrer Aussage, was den molekulargenetischen Befund betrifft. Aber nur bei manchen Erbkrankheiten liegt mit der Feststellung der Krankheits-Gene auch das weitere Schicksal des betroffenen Menschen eindeutig fest (Ablauf, Symptome). Bei anderen Erbkrankheiten kann vom Arzt eine Prognose über den konkreten Krankheitsverlauf nicht mit geliefert werden; z.B. kann bei Vorliegen der gleichen genetischen Veranlagung für die Krankheit Mukoviszidose der Tod bei

dem einen Patienten in früher Kindheit eintreten, ein anderer könnte älter als 30 Jahre werden.

Einige Anmerkungen seien auch dem „Triple-Test“ gewidmet, der in vielen gynäkologischen Praxen schwangeren Frauen empfohlen wird, um das Risiko für mögliche Fehlbildungen des Kindes abzuschätzen. Etwa in der 16. Schwangerschaftswoche erfolgt die Entnahme einer Blutprobe bei der Frau, in der anschließend im Labor die Bestimmung von drei Eiweißstoffen erfolgt. Aus der Konzentration dieser drei Stoffe im mütterlichen Blut und unter Berücksichtigung des Alters der Schwangeren und der genauen Dauer des Bestehens der Schwangerschaft wird jetzt rein rechnerisch ein Risikofaktor ermittelt für die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind an einer Chromosomenstörung oder einer Verschlussstörung des so genannten Neuralrohres (z.B. „offener Rücken“) leidet. Der Triple-Test ermöglicht keine Aussage darüber, ob die Störung auch wirklich vorhanden ist (in der Mehrheit der Fälle handelt es sich um „falschen Alarm“), und auch Werte im „Normalbereich“ liefern keine absolute Sicherheit dafür, ein gesundes Kind zu haben. Nur eine anschließende weitere Untersuchung kann klare Aussagen bringen.

Und was geschieht, wenn der Verdacht sich bestätigt? Für den Bereich der pränatalen Diagnostik gilt die Regelung des § 218 a Absatz 2 („medizinische Indikation“), die einen Schwangerschaftsabbruch (ohne Beratungspflicht) zulässt, wenn dieser „nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer

schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden ...“. Da es hierbei keine Fristenbindung gibt, ist ein Abbruch auch im fünften oder siebten Schwangerschaftsmonat möglich. Es handelt sich dann immer um die Einleitung einer Geburt mit dem „Risiko“, dass ein lebendes Kind zur Welt kommt. Diese so genannten „Spät-Abbrüche“ stellen ein erhebliches ethisches Problem dar.

Bei Schwangeren, die älter als 35 Jahre sind, müssen Ärzte auf das erhöhte Risiko für diese Frauen hinweisen, dass sie ein Kind mit Down-Syndrom bekommen könnten. In der Praxis überweisen aber inzwischen manche Gynäkologen alle Schwangeren zu Tests, um keine Unterlassung zu begehen und sich vor Schadenersatz-Ansprüchen zu schützen.

In den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik“ steht als Grundsatz für eine ärztliche Beteiligung an vorgeburtlichen Untersuchungen: „Eine pränatale Diagnostik ist sinnvoll und ärztlicherseits geboten, wenn dadurch eine Erkrankung oder Behinderung des Kindes intrauterin (im Mutterleib) behandelt oder für eine rechtzeitige postnatale (nachgeburtliche) Therapie gesorgt werden kann.“ (Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik, Deutsches Ärzteblatt 11.12.1998) Es sollte demnach nur nach Krankheiten gesucht werden, für die es dann auch Heilungsangebote der Medizin gibt. Das ist aber bei vielen der etwa 600 Erbkrankheiten, nach denen heute grundsätzlich gesucht werden kann, nicht der Fall.

Es ist leider festzuhalten, dass die Mehrzahl der Pränataluntersuchungen bisher ohne ausreichende Beratung durchgeführt wird. Eine intensive fachliche, psychosoziale und seelsorgerliche Beratung und Begleitung der Schwangeren (möglichst unter Einbeziehung des Vaters) für den gesamten Prozess vor, während und nach der Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik ist dringend zu fordern.

Das Vorliegen der Diagnose für eine erbliche Behinderung kann Grund für die Schwangere sein, noch einmal sehr grundsätzlich über Ja oder Nein zu dem werdenden Kind zu entscheiden. Die Maßstäbe könnten sich hier langsam verschieben. Schon heute wäre für manche Frauen die hypothetische Möglichkeit, die erbliche Veranlagung für Fettleibigkeit festzustellen oder im Ultraschall ein Kind mit Kiefer-Lippen-Gaumen-Spalte zu erkennen, Grund für eine Abtreibung. Die Geschichte der pränatalen genetischen Diagnostik zeigt aber bislang, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche aus „genetischen Gründen“ stark zurückgegangen ist, da unsichere Eltern nun nicht mehr „auf Verdacht“ abtreiben ließen. Die Vermutung, dass das Angebot der Diagnostik die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche vermehren würde, hat sich also bisher nicht bestätigt.

Die pränatale genetische Diagnostik hat Anteil an der allgemeinen Medikalisierung der Geburt. Das heißt, sie trägt mit dazu bei, Schwangerschaft und Geburt zunehmend als „Risiko“ und „Krankheit“ zu verstehen. Dies ist eine ungewollte, aber gewichtige Verschiebung unseres Krankheitsbegriffes, den die genetische Diagnostik mit herbeiführt.

In der derzeitigen Debatte zeichnet sich die Tendenz ab, die Regelungen zur Anwendung der pränatalen Diagnostik neu zu bedenken: Ist die Einführung einer Pflicht-Beratung zu fordern? Sollten Spät-Abbrüche wieder verboten werden (Fristsetzung 22. Schwangerschaftswoche)? Lässt sich die „medizinische Indikation“ im § 218 a (2) auf wenige „schwerste Ausnahmefälle“ eingrenzen? Sollte man die pränatale Diagnose einschränken? Wer sollte über ihre Anwendung entscheiden? Sollte es, darf es Kataloge geben, die festlegen, was eine schwerwiegende Krankheit ist, die zum Abbruch der Schwangerschaft berechtigt?

Vielleicht könnte die Frage auch polemisch verschärft werden: Ist eine schwerwiegende Erbkrankheit ein Kriterium für die Unterscheidung von „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben? Andererseits: Geht es überhaupt um die Frage nach dem „Lebenswert“ des Kindes oder um die Frage, was sich eine Familie zutraut?

Viele Behindertenverbände wehren sich vehement gegen eine Praxis, die behinderten Kindern die Geburt verweigert. Auf der anderen Seite klagen Menschen gegen Eltern und Ärzte, die ihnen ein Leben mit Behinderung auferlegt hätten. Wie kann man hier entscheiden? Wir Menschen versuchen, unsere Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Aber das zwingt uns auch zu Entscheidungen. Nicht zu handeln, ist dann auch eine Entscheidung. Wie gehen wir mit dieser Verantwortung um? Wie können wir Entscheidungen gemeinsam tragen, wenn jeder Ausgang ungewiss ist und jede Wahl die Möglichkeit der Schuld beinhaltet?

2. Präimplantationsdiagnostik

Der kompliziert klingende Fachbegriff „Präimplantationsdiagnostik“ wäre verständlich etwa so zu übersetzen: Es wird eine biologisch-medizinische Untersuchung (Diagnostik) vor (lat. *prae*) dem Einpflanzen (lat. *implantation*) eines menschlichen Embryos in den Mutterleib durchgeführt, um eventuell vorhandene Abweichungen in den Erbanlagen zu erkennen. Im Folgenden wird für Präimplantationsdiagnostik die Abkürzung PID verwendet. In der Fachliteratur begegnet auch die Abkürzung PGD (engl. *preimplantation genetic diagnosis*).

Ein konkreter Fall: Das erste Kind einer Familie ist gesund. Ein zweites verstirbt im Alter von 18 Monaten an einer unheilbaren, fortschreitenden Muskelerkrankung (Infantile spinale Muskelatrophie). Sie wird nach dem Todesfall als genetisch bedingt erkannt. Statistisch wird diese Erbkrankheit aber nur bei jedem vierten Nachkommen auftreten. Die Eltern wünschen sich weiterhin ein zweites Kind. Sie möchten jedoch sicher sein, dass sie ein gesundes Kind bekommen, und lassen deshalb vor einer erneuten Schwangerschaft (künstlich gezeugte) Embryonen im Reagenzglas darauf untersuchen, ob sie die Anlage für diese Erbkrankheit in ihrem Erbgut tragen.

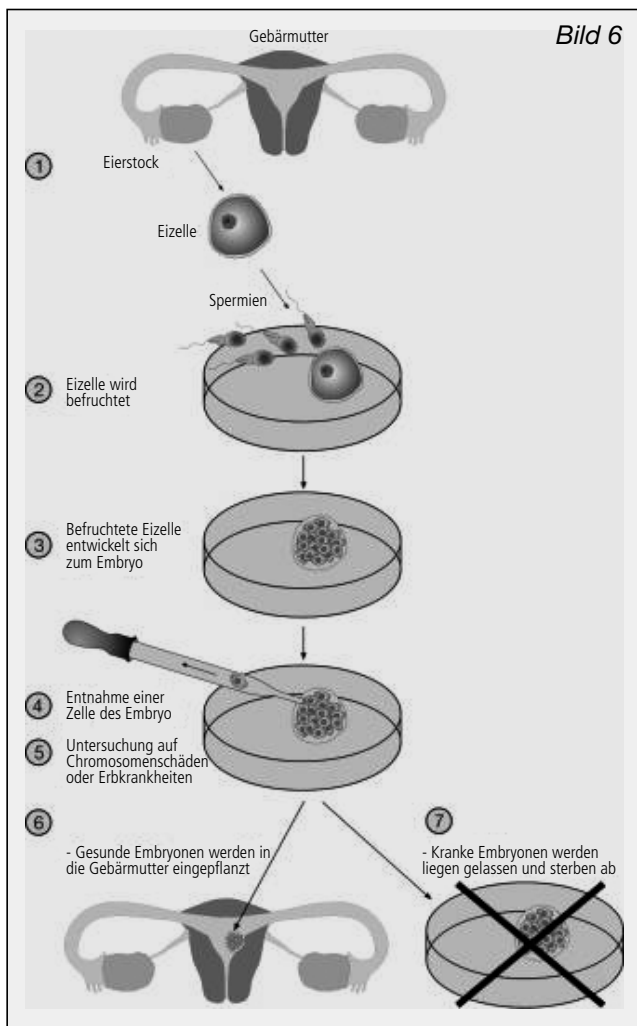
Bei der PID werden zunächst mehrere Eizellen zu diagnostischen Zwecken künstlich befruchtet. Dazu nutzt man das Verfahren der so genannten „In-vitro-Fertilisation“ (Befruchtung im Reagenzglas, IVF). Bereits 1978 kam in Großbritannien das erste „Retorten-Baby“ zur Welt. Inzwischen wird das

IVF-Verfahren der Zeugung im Reagenzglas routinemäßig genutzt, um in Fällen ungewollter Kinderlosigkeit (betrifft in Deutschland etwa jedes sechste Paar mit Kinderwunsch) doch Schwangerschaften möglich zu machen. Derzeit werden in Deutschland jährlich etwa 4000 Kinder nach IVF geboren. Anhand von Bild 6 soll zunächst erläutert werden (oberer Bildteil), wie eine Schwangerschaft durch IVF zustande kommt. Zunächst muss sich die Frau einer Behandlung mit Sexualhormonen unterziehen, da-

mit in ihren beiden Eierstöcken mehrere Eizellen gleichzeitig reif werden. Dann werden ihr operativ drei Eizellen entnommen. Die Spermazellen des zukünftigen Vaters müssen jetzt zusätzlich im Labor bereitstehen. Ei- und Spermazellen werden nun im Reagenzglas zusammengebracht, in der Hoffnung, dass eine erfolgreiche Befruchtung stattfindet (siehe 2). Die weitere Entwicklung (Teilung) der befruchteten Eizellen wird bis etwa zum Acht-Zell-Stadium des Embryos im Labor beobachtet (siehe 3).

Bei einer „normalen“ IVF-Schwangerschaft würden nun sich „unauffällig“ entwickelnde Embryonen spätestens 48 Stunden nach der künstlichen Befruchtung in die Gebärmutter der Frau eingebracht. Nach einer weiter intensiv betreuten Schwangerschaft hätte die Frau Chancen, neun Monate später ein eigenes Kind in den Arm zu nehmen. Bei der PID (vergleiche unterer Teil in Bild 6) wird vor dem Einsetzen der Embryonen in den Mutterleib ihr Erbgut auf Defekte untersucht. Der Eingriff wird in einem Entwicklungs-Stadium vorgenommen, in dem die Embryonen aus etwa acht bis zwölf Zellen bestehen. Jedem Embryo wird eine seiner Zellen entnommen (... siehe 4). Am Zellkern dieser Zelle könnten anschließend Chromosomenuntersuchungen durchgeführt werden. Eine molekulargenetische Untersuchung der Erbsubstanz brächte Gewissheit, ob die Veranlagung für die befürchtete Erbkrankheit im Erbgut des Kindes vorhanden ist (siehe 5).

Ein Embryo, der im Test keine Auffälligkeiten im Erbgut zeigt, der „gesund“ ist, würde in den Mutterleib eingepflanzt werden (siehe 6). Ein Embryo, für dessen Erbmaterial sich



im Test der Verdacht auf das Vorliegen der befürchteten Erbkrankheit bestätigt, würde nicht weiter verwendet; er würde liegen gelassen und stirbt ab (siehe 7).

Die Hormonbehandlung vor der Gewinnung der Eizellen stellt einen gravierenden Eingriff in den Stoffwechsel der Frau dar und kann zu erheblichen Nebenwirkungen führen (Über-Stimulations-Syndrom). Dazu kommt das Operations- und Narkoserisiko bei der Entnahme der Eizellen. Die Einpflanzung von gleichzeitig bis zu drei Embryonen (in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz so begrenzt) erhöht zwar die Erfolgsaussichten für eine Schwangerschaft, führt aber auch zwangsläufig zu mehr Mehrlings-Schwangerschaften mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind. Es ist zulässige Praxis, gezielt „überzählige“ Föten im Mutterleib abzutöten.

Methoden der PID werden seit Anfang der 90er Jahre angeboten. Derzeit ist PID in Europa in zehn Staaten zulässig. In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz Untersuchungen an totipotenten Zellen (Zellen, aus denen allein sich noch ein ganzer Mensch entwickeln könnte). Nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft gelten Zellen nach dem Acht-Zell-Stadium eines Embryos jedoch nicht mehr als totipotent. Für eine Zulassung der PID wäre auch die Aufnahme einer zusätzlichen Zielstellung für IVF in das Embryonenschutzgesetz erforderlich; bisher lässt dieses Gesetz künstliche Befruchtung nur zu mit dem Ziel der Behandlung von Unfruchtbarkeit.

Ist ein menschlicher Embryo im Reagenzglas rechtlich besser geschützt als ein her-

anwachsendes Kind im Mutterleib (§ 218 Strafgesetzbuch)? Die Tötung eines Embryos/Fötus im Mutterleib ist nach § 218 a (1) rechtswidrig, bleibt aber in Ausnahmefällen (Beratungspflicht; Frist von zwölf Wochen) straffrei, weil hier der Gesetzgeber eine Güterabwägung zwischen den Interessen der Frau und denen des Kindes zulässt. Bei zu befürchtender Behinderung ist ein solcher Abbruch nach § 218 a (2) sogar zu keinem Zeitpunkt rechtswidrig (s.o.). Die Tötung eines Embryos im Reagenzglas oder seine Verwendung für einen nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck ist in jedem Fall rechtswidrig und auch strafbar, denn hier handelt es sich nicht um einen schwerwiegenden Konflikt, in dem zwischen den Lebensinteressen der Frau und denen des Embryos eine Abwägung stattfinden müsste. Die deutsche Bundesärztekammer hat den Diskussionsentwurf für eine „Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ veröffentlicht (Deutsches Ärzteblatt 9/2000 S. A-525). Danach soll die genetische Untersuchung von menschlichen Embryonen im Reagenzglas zugelassen werden, allerdings unter strengen Auflagen:

- Absage an jede Art eugenischer Selektion („Eugenik“ [von griech. eugenes = wohlgezeugt] war ein biologisches Konzept, mit dem die „Veredlung“ und „Höherentwicklung“ der Menschheit betrieben werden sollte. Es ging dabei um Maßnahmen zur „Verbesserung“ der Erbanlagen in der Gesamtbevölkerung. Im nationalsozialistischen Deutschland kam es zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen gegen Be-

völkerungsgruppen, denen erbliche Minderwertigkeit zugeschrieben wurde, bis hin zur Vernichtung von „lebensunwertem“ Leben.)

- nur bei anamnestisch (bekannte Erkrankungen Betroffener und ihrer Vorfahren betreffend, d.Red.) stark belasteten Elternpaaren
- Verpflichtung zu ausführlicher Beratung
- nur bei hohem Risiko für eine bekannte und schwerwiegende, genetisch bedingte Erkrankung; keine ausreichende Begründung wäre beispielsweise eine Geschlechtsbestimmung des Kindes ohne Krankheitsbezug, allein ein erhöhtes Alter der Eltern (z.B. erhöhtes Risiko für Down-Syndrom) oder der Verdacht auf erst im Erwachsenenalter auftretende Erkrankungen
- Untersuchungen nur zulässig an nicht mehr totipotenten Zellen
- Verbot der anderweitigen Verwendung von nicht in den Mutterleib übertragenen Embryonen
- Prüfung jedes Einzelfalles durch zwei Ethik-Kommissionen der Ärztekammern
- sehr restriktiver Einsatz der Methode (Nach den genannten Kriterien käme die PID in Deutschland für etwa hundert Paare pro Jahr in Frage.)

Es geht bei der PID um eine „Zeugung unter Vorbehalt“ mit der erklärten Absicht, den Embryo nicht weiter wachsen zu lassen, wenn er in seinem Erbgut die befürchtete Erbkrankheit trägt.

Während die Konsequenz aus dem Ergebnis einer Pränataldiagnostik in der Regel eine Ja-Nein-Entscheidung zu einem einzel-

nen Kind darstellt, das bereits im Mutterleib heranwächst, ermöglicht die PID in der Regel eine Auswahl aus einer größeren Zahl an Embryonen, von denen einer als „Wunschkind“ mit den gewollten Erbeigenschaften weiter leben darf. Bei der PID wird also eine Selektion (Auswahl) menschlicher Embryonen durchgeführt.

In den USA entstand im Jahre 2000 erstmals nach künstlicher Befruchtung und PID ein „Baby nach Maß“, das als Organspender für seine kranke Schwester gezeugt wurde. Die Eltern hatten bereits ein Kind, das an einer schweren Blutkrankheit litt. Etwa ein Dutzend Embryonen wurden mit Ei- und Samenzellen der Eltern im Reagenzglas künstlich gezeugt. An ihnen wurde genetisch getestet, welche Embryonen von ihren Gewebemerkmale her am besten geeignet wären, um mit ihrem Erbgut der kranken Schwester helfen zu können. Ein Embryo wurde ausgewählt und der Mutter eingepflanzt. Sie brachte einen Sohn zu Welt, dem unmittelbar nach der Geburt Nabelschnurblut entnommen wurde. Die darin enthaltenen Stammzellen wurden der Schwester übertragen in der Hoffnung, dass sie sich in ihrem Organismus zu gesunden funktionsfähigen Blutzellen vermehren.

Für die PID wird vorgebracht, dass sie helfen könnte, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, da nun früher erkannt wird, ob eine schwerwiegende Krankheit vorliegt. Es wäre möglich, nach einer künstlichen Befruchtung (IVF) Zellen des jungen Embryos zu untersuchen und bei unauffälligem Befund den Embryo in die Gebärmutter zu übertragen. Wenn aber das Vorliegen der

Erkrankung festgestellt würde – was soll dann geschehen? Zur Beurteilung ist ferner von Belang, dass der ganz überwiegende Teil der Eltern, die bisher (in anderen Ländern) eine PID wünschen, ohne diese Technik keine Kinder bekommen würden, da sie aufgrund schwerer genetischer Vorerkrankungen das „Risiko“ nicht eingehen würden. Insofern zeigt die Realität bislang, dass die PID Kindern zur Geburt verhilft, die es sonst nicht geben würde.

Behindertenverbände haben Befürchtungen, dass ihre Belange zunehmend missachtet werden, wenn Behinderung als „vermeidbar“ betrachtet werden könnte.

Allerdings wird die PID (wie jede Art pränataler Diagnostik) niemals alle Behinderungen aus der Welt schaffen können, da der überwiegende Teil der Behinderungen nicht auf genetischen Ursachen beruht, sondern durch Erkrankungen oder Unfälle in späteren Lebensphasen verursacht wird.

Gibt es ein Recht darauf, Kinder zu haben? Gibt es ein Recht auf ein gesundes Kind? Ist nicht grundsätzlich bei Kinderlosigkeit oder bei der Gefahr für die Geburt schwerst geschädigter Kinder immer auch zu erwägen, ob die Kinderlosigkeit akzeptiert werden kann oder ob die Adoption anderer Kinder in Frage kommt?

Befürchtet wird bei der PID, dass es nicht möglich sei, ihre Anwendung zu begrenzen. Auch wenn heute nur einige wenige Krankheiten zu einer PID berechtigen sollten, so das Argument, würden später immer mehr – auch gesunde – Konditionen (etwa das Geschlecht) ausgewählt.

Ein Schwerpunkt in der derzeitigen ethischen Diskussion besteht darin, sich über den Zeitpunkt zu verständigen, an dem menschliches Leben beginnt. Nach juristischer Festlegung in Deutschland beginnt schutzwürdiges menschliches Leben mit der erfolgreichen Verschmelzung von Ei- und Samenzelle: „Als Embryo ... gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.“ (Deutsches Embryonenschutzgesetz, 1990 § 8,1). Demgegenüber vertreten andere Länder der EU und die USA die Position, dass ein Embryo aus wenigen Zellen noch nicht in dem Sinne als Mensch zu betrachten sei wie spätere Entwicklungsstufen. In Großbritannien, Belgien, Finnland hat man sich zum Beispiel darauf verständigt, den Beginn der Existenz individuellen menschlichen Lebens mit dem Zeitpunkt festzusetzen, zu dem ein Embryo sich unter natürlichen Bedingungen erst „entscheidet“, ob er sich in der Gebärmutterschleimhaut der Frau einnistet. Das geschieht etwa 14 Tage nach der Befruchtung. Erst mit der Einnistung beginnt die Schwangerschaft als (körperliche) Beziehung zwischen Mutter und Embryo. Legt man das Kriterium des ärztlichen Ethos und der Krankheit als Interventionsgrund für medizinisches Handeln zugrunde, so muss gefragt werden, wen oder was die Medizin mit der PID therapiert. Denn es geht hier nicht allein um die Gesundheit etwaiger Kin-

der, sondern zunächst um den Kinderwunsch der Eltern. Die PID stellt einen Fall der Güterabwägung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen dar. Steht auf der einen Seite der Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind, so steht auf der anderen Seite die Angst der Gesellschaft vor einer genetischen Selektion und der Aushöhlung der Menschenwürde. Was ist höher zu bewerten: Die Interessen, Wünsche und Ängste der Betroffenen oder die möglichen Auswirkungen der PID auf die Gesellschaft? Kann man die PID ablehnen, wenn man Schwangerschaftsabbrüche toleriert? Welche Kriterien machen menschliches Leben aus? Reduziert man den Menschen nicht auf seine Gene, wenn man ihn allein über dieses Kriterium definiert?

3. Klonen und Stammzell-Forschung

Anfang des Jahres 1997 geriet das Porträt eines Schafes auf die Titelseiten vieler Zeitungen. „Dolly“ - mit diesem Namen war eine wissenschaftliche Sensation verbunden. Was für die meisten Biologen bis dahin unvorstellbar schien, war gelungen. Körperzellen eines erwachsenen Säugetieres waren so verjüngt, „rückprogrammiert“ worden, dass sie sich zu neuem Leben entwickeln konnten. „Dolly“ war ein um sechs Jahre „verspäteter Zwilling“ seines Spendentieres, ein Duplikat, eine Kopie mit den gleichen Erbeigenschaften.

Angesichts der erfolgreichen Geburt des Klonschafes „Dolly“ wurde sehr schnell über die mögliche Anwendung dieser neuen Technik auch beim Menschen spekuliert.

Was könnten einleuchtende und verantwortbare Gründe dafür sein, auch menschliches Leben zu vervielfältigen?

Nach erregten Debatten war man sich in der Politik, in der Wissenschaft und Medizin rund um den Erdball bald einig in der Bewertung: Klonen von Menschen darf es nicht geben, weil ein Mensch nie benutzt werden, nie nur Mittel zum Erreichen von Zielen anderer sein darf! Standesrichtlinien der Wissenschaftler und politische Verbote untermauerten das Klon-Verbot. In Deutschland war das Klonen bereits seit 1991 nach dem Embryonenschutzgesetz verboten, auch das erste Zusatzprotokoll zur „Bioethik-Konvention“ des Europarates enthält ein Klon-Verbot.

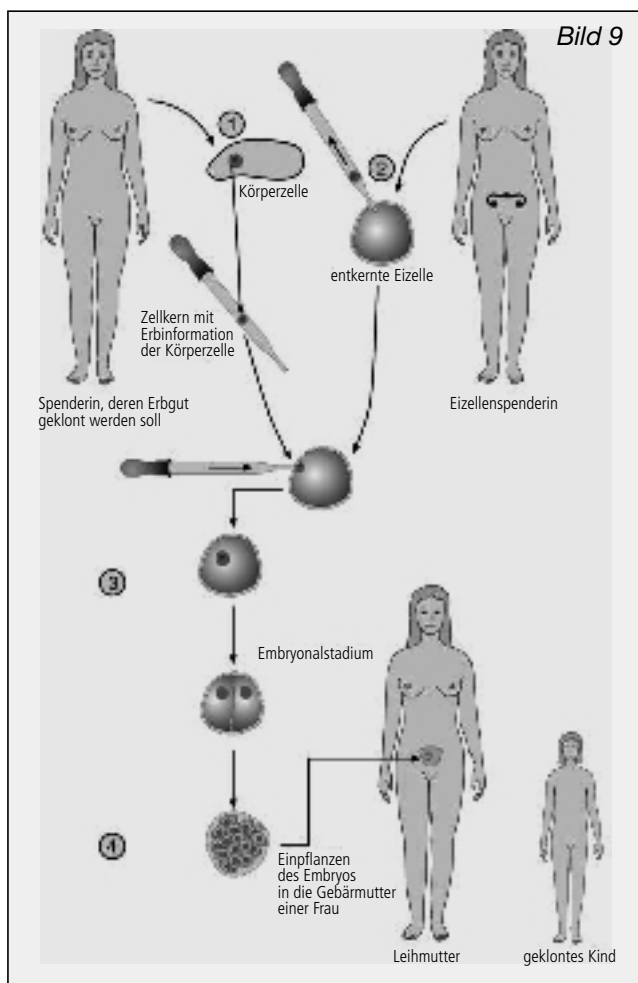
Die Entwicklung ist dennoch weitergegangen. Bereits im Jahre 1998 erschienen Presseberichte über das erfolgreiche Klonen auch mit Material aus menschlichen Zellen. Die Versuche waren erfolgreich bis zur Entwicklung von Embryonen vorgeführt worden und wurden dann abgebrochen. Es gibt bisher (wahrscheinlich?) noch keinen geklonten Menschen, der geboren wurde. (Anm.d.Red.: Um die Jahreswende behauptete die amerikanische Rael-Sekte die Geburt eines von ihnen geklonten Babys. Der italienische Forscher Antinori hat die Geburt eines Klon-Babys für Januar 2003 angekündigt. Fachleute betrachten diese Meldungen mit Skepsis. Sicher ist dagegen die Herstellung menschlicher Embryonen, die nicht zur Geburt, sondern zur Gewinnung embryonaler Stammzellen bestimmt sind, durch Forscher in verschiedenen Ländern, z.B. China und den USA. Quelle: www.netzeitung.de)

3.1 Reproduktives Klonen

Das Klonen eines Menschen würde nach dem „Modell Dolly“ etwa wie folgt ablaufen (siehe Bild 9).

Einem Spender wird eine Körperzelle entnommen (siehe 1). Diese trägt in ihrem Zellkern das gewünschte Erbgut, das vervielfältigt werden soll. Bei einer Frau (Eizellspenderin) wird eine Hormonbehandlung durchgeführt mit dem Ziel, Eizellen reifen zu lassen. Der Frau wird durch einen operativen Eingriff eine befruchtungsfähige Eizelle

entnommen. Aus dieser Zelle wird das eigene Erbgut abgesaugt (siehe 2). In die entkernte Eizelle wird nun der Zellkern der Körperzelle des Spenders eingebracht. Wenn die Bestandteile der beiden Zellen erfolgreich miteinander verschmolzen sind, würde die Zelle sich zu teilen beginnen: aus einer würden zwei, dann vier, später acht Zellen usw. (siehe 3). Der sich entwickelnde menschliche Embryo würde dann in den Leib einer Frau eingepflanzt werden, die sich als Leihmutter zur Verfügung stellt. Ihre Gebärmutter würde nach hormoneller Vorbereitung den Embryo aufnehmen, und sie könnte nach neun Monaten das geklonte Kind zur Welt bringen (siehe 4). Das Kind wäre in seiner biologischen Ausstattung eine Kopie des Spenders der Körperzelle und nur mit ihm genetisch verwandt.



3.2 Therapeutisches Klonen

Die „Dolly-Technik“ ließe sich auch für eine andere Zielstellung nutzen, für das so genannte „therapeutische Klonen“, das wäre eine Anwendung mit dem Ziel, Krankheiten oder Organausfälle zu behandeln. Die Modellvorstellungen der Anwendung des therapeutischen Klonens beim Menschen sollen anhand von Bild 11 erläutert werden.

Man stellt sich einen Patienten vor, bei dem ein lebenswichtiges Organ nicht (mehr) ordnungsgemäß funktioniert, weil seine Zellen defekte Erbanlagen enthalten und/oder der Ersatz von gealterten Zellen gestört ist. Diesem Patienten wird eine Körperzelle entnommen, die im Zellkern sein komplettes Erbgut enthält (siehe 1). Aus dieser Zelle soll

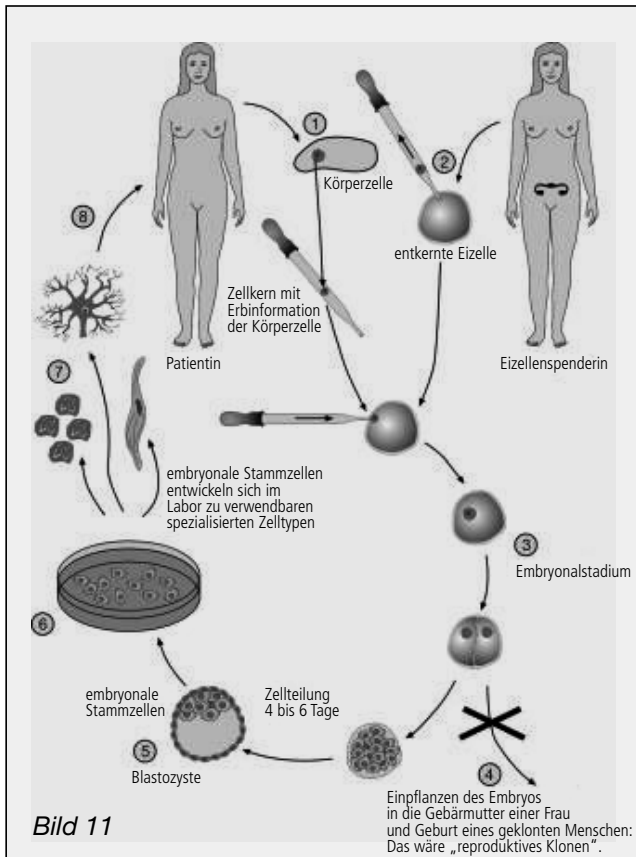


Bild 11

nun körpereigenes Zellmaterial nachgezüchtet werden, wodurch bei der späteren Einpflanzung das Risiko von Abstoßungsreaktionen (etwa im Vergleich zu herkömmlichen Organverpflanzungen) sehr gering gehalten werden könnte.

Zunächst läuft die Klonierung wieder genau so ab, wie das bereits oben beschrieben wurde (siehe 1 bis 3). Der entstandene Embryo ist eine biologische Kopie, ausgestattet mit dem Erbgut des Patienten. Er könnte in den ersten Stadien der Zellteilung (z.B. als Acht-Zell-Häufchen) in die Gebärmutter einer Frau eingepflanzt werden, sich dort zu einem Kind weiterentwickeln und neun Monate später zur Welt gebracht werden (siehe 4). Dieser

Weg ist grundsätzlich möglich, das wäre aber „reproduktives Klonen“, und das ist hier nicht beabsichtigt.

Beim „therapeutischen Klonen“ ließe man den Embryo sich weiter entwickeln, bis er zwischen dem vierten und sechsten Tag den Zustand der so genannten Blastozyste erreicht hat (siehe 5). Im Inneren dieses „Blasenkeims“ befindet sich ein Häufchen von 100 bis 200 gleichartigen Zellen, auf die sich das Interesse richtet. Von diesen so genannten „embryonalen Stammzellen“ stammen alle später sich entwickelnden spezialisierten Zellen des menschlichen Körpers ab. Im vorliegenden Entwicklungsstadium haben sich diese Zellen noch nicht entschieden, zu welcher Zellart sie sich einmal weiter entwickeln werden, sie tragen in sich noch die Fähigkeit, vieles werden zu können, sie sind „pluripotent“. Diese „Viel-Könner“ gelten als Wunderelixier für die Medizin der Zukunft. Man will die Stammzellen aus dem Embryo entnehmen (dieser ist danach nicht mehr lebensfähig) und sie zunächst im Labor in Zellkulturen weiterwachsen lassen (siehe 6). Dabei lassen sich die embryonalen Stammzellen beliebig vermehren und verbleiben in ihrem nicht-spezialisierten „Schwebestadium“. Durch gezieltes „Füttern“ der Zellkultur (Vorenthalten oder Zugabe bestimmter Nährsubstanzen oder Hormone) lässt sich dann zielgenau die weitere Entwicklung der Zellen steuern. Sie könnten beispielsweise zu Blutzellen, Nervenzellen oder Muskelzellen ausreifen (siehe 7). Die so gewonnene Gewebekultur des gewünschten Zelltyps soll dann in das kranke Organ des Patienten eingebracht werden, von dem die ursprüngliche

Körperzelle stammt, sich dort weiter vermehren und die gewünschte Funktion (wieder) aufnehmen oder stabilisieren (siehe 8).

Die in manchen Medien beschworene Möglichkeit zur Erzeugung kompletter Organe auf diesem Wege ist noch eine sehr kühne und weit in die Zukunft verlängerte Vision. Viele Schritte auf dem aufgezeigten Weg sind allerdings im Tierversuch schon erfolgreich absolviert worden. Und seit 1998 gibt es auch stabil gezüchtete menschliche Stammzell-Kulturen, die kommerziell angeboten werden und beispielsweise in Deutschland (wo ihre Herstellung verboten ist) für Forschungszwecke eingesetzt werden könnten.

Das Dolly-Verfahren ist noch längst nicht ausgereift. In Experimenten mit Tieren sind bisher immer wieder schwere Entwicklungsstörungen beobachtet worden, die in den meisten Fällen zu frühen Fehlgeburten oder zu Missbildungen bei erfolgreich geborenen Tieren geführt haben. Nach derzeitigem Stand der Technik müssten aus 400 Eizellen von etwa 40 Spenderinnen ca. 50 Embryonen entwickelt werden, von denen jeder einer „Leihmutter“ eingepflanzt würde. Etwa zehn Schwangerschaften würden über längere Zeit bestehen, wovon am Ende nur eine mit der erfolgreichen Geburt eines geklonten Menschen zu Ende geht. Ob dieser gesund wäre, bleibt fraglich.

Es gibt verschiedene Stammzellen. Mindestens drei Arten sind zu unterscheiden:

a) totipotente Stammzellen: Dazu rechnen die befruchtete Eizelle und die sich aus ihr entwickelnden embryonalen Zellen bis etwa zum Stadium eines Acht-Zell-Häufchens. Sie tragen in sich das Potenzial

zum Heranwachsen eines ganzen Organismus (lat. totus = ganz).

- b) pluripotente Stammzellen: Sie kommen in Embryonen am vierten bis siebten Tag der Entwicklung vor, daher auch embryonale Stammzellen genannt. Sie können sich noch zu verschiedenen Organzellen (von lat. plus = mehr), nicht aber allein zu einem kompletten Organismus entwickeln und lassen sich im Labor in Nährlösung beliebig vermehren.
- c) gewebespezifische, auch „adulte“ Stammzellen: Sie sind auch im Körper erwachsener (lat. adultus) Menschen vorhanden. Sie bilden durch Teilung normalerweise nur noch eine bestimmte Zellart in den Organen, können aber wahrscheinlich auch zu anderen Zelltypen ausreifen. Sie werden bereits seit 40 Jahren bei der Behandlung Leukämiekranker mit Blutstammzellen aus dem Knochenmark genutzt. Bisher gestalten sich die Gewinnung der selten vorkommenden adulten Stammzellen und ihre Vermehrung schwierig.

Stammzellen lassen sich auch ohne die Klonierungstechnik gewinnen...

- a) ...aus dem Gewebe von „überzähligen“ Embryonen nach künstlicher Befruchtung (die sich zwar erfolgreich entwickelt haben, aber nicht mehr in den Körper der Frau eingesetzt werden können) oder aus abgetriebenen Föten,
- b) ...aus Nabelschnurblut unmittelbar nach der Geburt,
- c) ...aus Körperzellen Erwachsener (adulte Stammzellen.; z.B. aus Blut oder Nervengewebe).

Zumindest die Wege b) und c) wären ethisch weniger bedenkliche Quellen des Zugangs zu den begehrten Zellen.

Mit bereits vorhandenen Stammzellkulturen – die sich im Labor beliebig vermehren lassen – könnten wahrscheinlich wichtige Erkenntnisse für die Grundlagenforschung (z.B. für die angestrebte „Rückprogrammierung“ adulter Stammzellen) gewonnen werden, und evtl. könnte aus ihnen später auch Ersatz-Gewebe für Organtherapien bereitgestellt werden. Problematisch bleibt der Weg, der zur Herstellung dieser Stammzellkulturen gewählt wurde: Sie wurden aus „überzähligen“ Embryonen gewonnen, und dieses Vorgehen wäre in Deutschland nicht zulässig.

Die erneute Gewinnung von Stammzellen aus zusätzlichen Embryonen wäre nur dann erforderlich, wenn sich die bisher zur Verfügung stehenden Stammzellkulturen unter dem Blickwinkel der Anforderungen der Forschung als nicht ausreichend erweisen sollten. Und wenn – um möglicherweise die Gefahr einer späteren Abstoßung des so hergestellten Gewebes zu verringern – in jedem einzelnen Therapie-Fall körpereigene Zellen des Patienten verwendet und therapeutisch geklont werden sollten, dann allerdings wäre die immer neue Herstellung von Embryonen erforderlich.

Im Mai 2001 hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft einen Stufenplan mit „Empfehlungen zur Forschung mit menschlichen Stammzellen“ vorgelegt.

Hier einige wesentliche Aussagen:

- Die Verwendung von gewebespezifischen (adulten) Stammzellen als Alternative zu

menschlichen embryonalen Stammzellen muss Vorrang haben.

- Sowohl das reproduktive als auch das therapeutische Klonen sind ethisch nicht zu verantworten und nicht statthaft; abgelehnt wird die Herstellung von Embryonen ausschließlich zu Forschungszwecken.
- Es gibt beim Menschen keine irgendwie geartete Rechtfertigung für Keimbahninterventionen (genetische Veränderungen an menschlichen Keimzellen, die an alle Nachkommen weitergegeben würden, d.Red.) sowie für die Herstellung von Chimären oder Hybriden (durch Mischung bzw. Kombination von verschiedenem Erbmateriale, d.Red.).
- Der Import von menschlichen embryonalen Stammzellen soll zulässig sein.
- Nur wenn das Arbeiten mit importierten Stammzellen nicht ausreicht, sollte auch die aktive Gewinnung von Stammzellen in Deutschland zugelassen werden.
- Embryonale Stammzellen dürfen nur aus Embryonen gewonnen werden, die für eine gesetzlich zulässige künstliche Befruchtung hergestellt wurden, die aber - z.B. wegen Erkrankung oder Rücktritt der Frau - nicht mehr zu diesem Zweck eingesetzt werden und absterben müssten.
- Einzelfallprüfung der ethischen Vertretbarkeit durch eine Kommission auf Bundesebene

Nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz hat man es beim therapeutischen Klonen in einem Zwischenstadium mit einem menschlichen Embryo zu tun, der im Leib einer Frau zu einem ganzen Menschen heran-

wachsen könnte. Aus diesem Grunde ist in Deutschland auch diese neue Variante des Klonens nicht zulässig (Verbot der fremdnützigen Verwendung von Embryonen).

In Großbritannien wird dies anders gesehen. Embryonen dürfen hier bis zum 14. Tag nach der Befruchtung zur Forschung verwendet werden. Das bedeutet, dass der Embryo hier noch nicht als vollwertiger Mensch betrachtet wird, und dass - in einer Güterabwägung - der erhoffte Nutzen der Forschung über die möglichen Gefahren gestellt wird.

Die christlichen Kirchen bestehen heute auf einem absoluten Lebensschutz für das ungeborene Leben vom Beginn an. Das war aber nicht immer so. In der Bibel (vgl. Ex 21, 22) und bis in die Neuzeit hinein galt der Embryo nicht als vollwertiger Mensch. Dennoch entspricht es der Logik einer zeitgemäßen Auslegung der Bibel, den Schutz und die Achtung vor dem menschlichen Leben so weit auszudehnen wie nur möglich. Wir werden in Europa noch eine Weile mit solch unterschiedlichen ethischen Optionen leben müssen. Problematisch wäre allerdings eine Haltung, die Forschung an Embryonen ablehnt, aber die Ergebnisse ausländischer Forschung nutzt, wie es bei der Entwicklung der Methoden der künstlichen Befruchtung geschehen ist.

Ist der Schutz des Embryos - unabhängig von der konkreten Zielstellung - eine absolute Grenze, die unverrückbar bleiben sollte, oder darf - mit Blick auf konkrete Heilungschancen für Patienten (z.B. Querschnittsgelähmte, Leberkranke, Diabetiker, Parkinson-Patienten) unter Verwendung körpereigener

Zellen - beim „therapeutischen Klonen“ und der Gewinnung von embryonalen Stammzellen das notwendige „Durchgangsstadium Embryo“ in Kauf genommen werden?

Worauf stützen wir unsere Argumente? Auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse? Auf moralische Intuitionen? Auf mögliche Folgen? Auf welchen Glauben? Wie ist das Argument des Dammbrechens zu bewerten? Kann man z.B. sagen, dass man bis zum 14. Tag forschen darf oder führt das zwangsläufig dazu, dass man auch an allen anderen Menschen gegen deren Willen forscht?



**Dipl.-Chem.
Joachim Krause**

ist Landesbeauftragter für Glaube, Naturwissenschaft und Umwelt bei der Evang.-Luth. Landeskirche Sachsens. Als Fachreferent ist er zuständig für alle Fragen der Naturwissenschaft, Technik, Medizin und Weltbilder.

„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als auch in der Person eines anderen niemals bloß als Mittel brauchest.“ (*Immanuel Kant*)

Horror oder Hoffnung –

Wie stellen wir uns zum Einsatz der Gentechnik am Menschen?

Martin Leupold

Gentechnik ist ein schillerndes Wort. Es ruft uralte Ängste wach. Angst vor Mischwesen, halb Mensch, halb Tier. Angst vor einer geklonten Armee genetisch abgestumpfter Soldaten oder vor einem medizinischen Supermarkt, in dem es menschliche Ersatzteile zu kaufen gibt: „Eine neue Leber? Hinten rechts, bitte. Gerade herein gekommen.“

Beschäftigt man sich mit dem Thema näher, stößt man zunächst auf einen Wust an Fachbegriffen und Spezialwissen. Muss man sich damit wirklich beschäftigen? Das ist doch etwas für Spezialisten! - Ähnlich hat man vor Jahren über die Computersprache gedacht. Heute beherrscht sie unseren Alltag, sogar dort, wo es gar nicht um Computer geht.

Bei Pflanzen und Tieren ist die Gentechnik längst breitenwirksam. Vorgeburtliche Diagnostik und künstliche Zeugung ist in Deutschland gängige Praxis. Inzwischen darf auch an Embryonen geforscht werden, wenn auch unter strengen Auflagen. Die ersten geklonten Babys sollen bereits geboren sein. Wie stellen wir uns zu den Verfahren, die bereits heute der Bevölkerung zugänglich sind oder es in Kürze sein werden?

a) Die Pränatale Diagnostik

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Medizin heute so viel für die Gesundheit von

Mutter und Kind tun kann. Wenn Diagnosen jedoch bei ungeborenen Kindern Krankheiten ermitteln können, die gar nicht heilbar sind, werden sie die Bereitschaft zu einer Abtreibung fördern, zumal in Deutschland behinderte Ungeborene jederzeit abgetrieben werden dürfen. Die Versuchung wird um so stärker sein, je ausgeprägter die Haltung ist: Um keinen Preis ein behindertes Kind! Insofern enthüllt der Umgang mit diesem konkreten Angebot auch die dahinter liegende Einschätzung: Eigentlich ist doch nur gesundes Leben lebenswert. Wenn die Früherkennung einer Störung wirklich der besseren Vorbereitung der Eltern dient, kann die Pränatale Diagnostik allerdings nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Bedacht werden müssen auf jeden Fall die Risiken solcher Untersuchungen.

b) Die künstliche Zeugung (In-vitro-Fertilisation)

Kinderlosigkeit als Problem kennt schon die Bibel. Mit der Lösung der postmodernen Kultur sind erst wir Christen heute konfrontiert. Die Bibel geht von der natürlichen Zeugung aus, also könnte man diese für den einzig biblischen Weg halten. Christen nehmen aber auch sonst durchaus moderne medizinische Leistungen in Anspruch. Eine gefühlsmäßige Scheu vor der IVF kann also einfach ein Stück Angst vor dem Neuen, Unbekannten sein. Das zu biblischer Zeit übliche Verfahren, trotz eigener Unfruchtbarkeit zu Kindern zu kommen, nehmen Frauen der Bibel durchaus in Anspruch: Sie lassen gebären, durch Leihmütter wie Hagar (Gen 16), Bilha und Silpa (Gen 30,1-14). Das

wird zwar nirgends gelobt, aber auch nicht ausdrücklich kritisiert.

Deutlich ist, dass die Zeugung eines Menschen in der Bibel in den Zusammenhang einer Familie gehört. Die Erzeugung von Embryonen, die nicht jemandes Kinder werden sollen, sondern z.B. Forschungszwecken dienen würden, ist damit auszuschließen. Aber auch die IVF innerhalb einer Ehe ist problematisch, weil sie den Tod überzähliger Embryonen verursacht oder mindestens billigend in Kauf nimmt. Ethisch ist die Adoption die überzeugendere Alternative. Sie bringt allerdings, abhängig vom bisherigen Werdegang der Kinder, manche Unwägbarkeiten für die Erziehung mit sich. Seelsorgerlicher Rat kann durchaus auch dahin gehen, die Kinderlosigkeit als Fügung von Gott her zu akzeptieren. Ein Grundrecht auf ein Kind gibt es gerade auch in der Bibel nicht.

c) Die Präimplantationsdiagnostik (PID)

Wer IVF akzeptiert, wird sich der PID kaum verschließen können. Wenn sowieso Embryonen sterben müssen, warum dann nicht die, auf die man am ehesten verzichten kann? So stellt die PID in verschärfter Form die Frage nach der Möglichkeit „lebensunwerten“ Lebens. Was man für sie ins Feld führen kann, sind Sekundärargumente, die nur vor dem Hintergrund eines längst relativierten Lebensrechts greifen. Die PID mag geeignet sein als Schadensbegrenzung in einer Situation, in der das Kind vor allem als Belastung erlebt und deshalb oft erst gar nicht geplant bzw. bedenkenlos abgetrieben würde. Wenn das menschliche Leben mit der Zeugung beginnt, wird es durch die PID gezielt selektiert.

d) Reproduktives Klonen

Der biblische Entwurf vom menschlichen Leben, in dem Zeugung, Sexualität und Familie einen Gesamtzusammenhang bilden, wird hier noch stärker unterlaufen. Reproduktives Klonen dient keinen therapeutischen Zwecken, es sei denn, man fasste die fantastische Absicht, die Menschheit hinsichtlich der Gesamtheit ihres genetischen Materials zu verbessern, als eine therapeutische auf. Vorausgesetzt wäre dabei aber, dass es hochwertigere Menschen gibt, die zu klonen sich lohnt, und weniger wertvolle, auf die man verzichten kann. Der Wert des Einzelnen würde an seinem Nutzen für die Gesellschaft gemessen. Die Geschichte zeigt, wie mit für minderwertig gehaltenen Menschen dann umgegangen wird.

Völlig offen ist auch die Frage nach den Maßstäben und den Institutionen, die sie anwenden würden. Auch der tatsächliche Effekt einer solchen „Gattungshygiene“ ist fragwürdig. Der Mensch ist nicht das Produkt seiner Gene. Sowohl hinsichtlich der Entwicklung körperlicher und geistiger Fähigkeiten als auch und vor allem hinsichtlich seiner charakterlichen Eigenheiten spielt die Umwelt eine entscheidende Rolle. Genies kann man nicht züchten. Vielmehr würden mit der planmäßigen Vervielfältigung bestimmter genetischer Codes auch deren Schwachstellen potenziert.

Wenn der Wahnsinn aber nicht verhindert werden kann? Wenn doch ein Mensch durch Klonen gezeugt und geboren wird - Ist er ein Mensch? Diese Frage muss uneingeschränkt bejaht werden. Jeder Mensch, der einer menschlichen Eizelle entstammt,

ist ein Mensch. Jede Einschränkung würde dem abgründigsten Missbrauch solcher Menschen Tür und Tor öffnen.

e) Therapeutisches Klonen

Die Hoffnungen, die sich mit dem Therapeutischen Klonen verbinden, sind gut nachvollziehbar. In bestimmten Fällen liegt hier nach jetzigem Erkenntnisstand die einzige Hoffnung für schwer Leidende. Das darf nicht einfach vergessen werden. Ebenso wenig kann aber unter den Tisch fallen, dass mit den benutzten Embryonen menschliches Leben der beabsichtigten Heilung geopfert wird. Kann ein Mensch - und sei es in diesem Frühstadium - nur ein Durchgangsstadium bei der Herstellung eines Produkts sein?

Die Begehrlichkeit ist natürlich geweckt durch die Praxis der Gewebe- und Organspende, an die wir uns längst gewöhnt haben. Von dorthin gedacht scheint das therapeutische Klonen als schonender und verlässlicher Weg. Der Gedanke einer schrankenlosen Nachzucht aller „Ersatzteile“ ist zwar bestürzend, aber auch verlockend. Der Dialysepatient, der verzweifelt auf eine neue Niere hofft - ihm könnte schnell geholfen werden. Dagegen freilich stehen auch Ängste: Blicke ein Mensch mit einem aus diversen Austauschorganen zusammengesetzten Körper wirklich er selbst?

f) Recht und Grenze heilenden Handelns

Die derzeit diskutierten Verfahren sind allmählich aus der bisherigen medizinischen Praxis herausgewachsen. Es gibt die eine klare Grenze nicht, die überschritten wurde

oder überschritten wird. Mindestens die seriösen und allgemein diskutierten Ziele folgen dem ärztlichen Ethos, Leiden zu mindern und vorzubeugen. Dabei sind Schritt für Schritt neue Möglichkeiten entdeckt worden. An welcher Stelle hätte man aufhören sollen?

Auch die Bibel kennt heilendes Handeln, nicht nur bei Jesus selbst, auch bei atl. Propheten und den Aposteln. Allerdings bleibt es immer vorläufig und bruchstückhaft. Eine Welt ohne Leid wird erst sein, wenn Gott seine Geschichte vollendet hat (Offb 21,1-4). Gott bleibt Herr über Leben und Tod (Ps.90,3-7; Mt.6,27), auch wenn er uns Menschen Vollmacht gegeben hat, Leben zu wecken (Gen 1,28) und zu erhalten (z.B. Apg. 20,9-12). Menschliches Leben ist um der Sünde willen begrenzt (Hebr 9,27; Rö 6,23; 1.Kor 15,26).

Hinter den Erwartungen an die Medizin steht das Ideal völliger Leidlosigkeit, das die Forschung immer weiter drängt. Das Streben nach totaler Gesundheit ist dabei nur ein Ausdruck des Strebens nach umfassendem Wohlergehen. Weithin werden nicht nur behinderte Kinder, sondern Kinder überhaupt als Risiko und Belastung empfunden. Während die Bibel nur ein fragmentarisches Leben kennt, das viele Wünsche offen lässt, akzeptiert der moderne Mensch diese Einschränkung nicht mehr. In seiner Maßlosigkeit wird er blind für den hohen Preis, der für sein vermeintliches Glück zu zahlen ist, von der Umweltkatastrophe bis hin zum Börsenkrach.

Frühere Generationen wussten, dass Leid und Verzicht zum Leben gehören. Ihre lange verpönte Genügsamkeit könnte heute wieder heilsam sein.

Der Gedanke, dass man manche Dinge Gott überlassen kann und nicht alles selbst ins Werk setzen muss, könnte eine ganz neue Bedeutung gewinnen. Christen müssten deshalb nicht auf alle Errungenschaften des Fortschritts verzichten. Fragwürdige Angebote aber könnten sie gelassen ausschlagen ohne Angst, etwas zu verpassen.

g) Beginn und Recht menschlichen Lebens

Gott misst dem Leben des Einzelnen einen unvergleichlich hohen Wert bei (Gen 9,5f) - aber wann beginnt dieses Leben? Die Bibel sieht den Menschen unter seiner ewigen Bestimmung (Ps.139,13; Jer.1,5; Gal.1,15). Sie betont damit die Bedeutung des sozialgeschichtlichen Zusammenhangs für den Einzelnen. Der Mensch hat ein Woher und ein Wohin. Er ist nicht nur das Ergebnis seines genetischen Programms. Aber das ist kein praktisch handhabbares Kriterium in den Fragen, die uns hier beschäftigen. Mag jeder einzelne Mensch in Gottes Gedanken ewig schon vorgebildet sein - uns erscheint er allerfrühestens in Gestalt einer befruchteten Eizelle, von der die Bibel freilich nichts weiß. In früheren Jahrhunderten hat die Kirche z.T. recht unbefangen die Theorie der sukzessiven Beseelung aufgenommen, die auf Aristoteles zurückgeht: Jungen empfangen nach 30, Mädchen nach 90 Tagen im Mutterleib ihre Seele. Erst im Jahre 1869 bestimmte Papst Pius IX. in einer Lehrentscheidung den Zeitpunkt der Empfängnis als Beginn des Lebens. Diese Auffassung wird auch in den evangelischen Kirchen vertreten.

Von den Befürwortern eines späteren Zeitpunkts wird geltend gemacht, dass aus den totipotenten Zellen des Achtzellstadiums durchaus mehrere Embryos entstehen können, außerdem die Plazenta, die mit der Geburt überflüssig wird. Aber aus den ersten Stadien wird doch immer ein *Mensch* werden, wenn auch nicht zwingend *ein* Mensch. Dass die Mehrzahl der Embryos sich nicht in der Gebärmutter einnisten, sondern absterben, ist als Argument ebenfalls untauglich. Menschliches Leben kann auch in anderen Phasen ohne menschliche Einwirkung zu Ende gehen. Trotzdem genießt es Schutz. Dem Vorwurf eines Biologismus, der die menschliche Person auf ihre Gene reduziere und die Bedeutung der sozialen Bezüge verkenne, ist zu entgegenen:

Gerade weil die befruchtete Eizelle wirklich nur ein Keim ist und aus ihr erst wahrhaft ein Mensch werden muss, ist für sie der einem Menschen angemessene volle Rechtsschutz zu fordern. Wer wird den entwickelten Menschen achten können, wenn er dem zartesten Anfang nur begrenzten Schutz gewährt?

h) Kann/muss man nicht einige Embryonen der Heilung vieler Schwerstkranker opfern?

In engen Grenzen werden Embryonen verwendende Therapien mitunter auch bejaht, wenn diese Embryonen von Anfang an als Menschen betrachtet werden. Man wägt ihr Leben dann ab gegen das Leben derer, denen man mit den Ergebnissen der Forschung helfen kann, und entscheidet sich gegen sie. Ethisch vertretbar ist ein solches

Opfer eigentlich nur in aussichtslosen Situationen, wenn es keinen anderen Weg gibt. Die Forschung kennt aber andere Wege, die nur teurer sind und z.Z. als weniger aussichtsreich gelten. Außerdem gilt ein Opfer sonst nur dann als vertretbar, wenn es freiwillig vollzogen wird. Embryonen sind aber nicht einwilligungsfähig. Die Förderung einer Tendenz, auch sonst Menschen zu opfern, die sich nicht wehren können, wird schwer zu bestreiten sein. Nicht direkt zur Sache gehörig, aber doch mittelbar aufschlussreich ist dabei das scharfe Verbot des Menschenopfers, insbesondere das von Kindern, in der Bibel (Jer 7,31; 19,5; 32,35).

i) Das Dambruch-Argument

Mancher wäre geneigt, die umstrittenen Verfahren im Einzelfall durchaus zuzulassen, befürchtet aber, dass dies Missbräuchen Tür und Tor öffnet und ist deshalb für ein generelles Verbot. Wenn Embryos nach ihrem Gesundheitszustand ausgewählt werden, warum dann nicht geborene Menschen? Wenn man an Embryos ohne deren Einwilligung forschen darf, warum nicht an anderen?

Das Argument, so berechtigt es ist, hat jedoch seine negativen Effekte. Zunächst gibt es auch bei dieser Lösung Opfer. Diejenigen, denen geholfen werden könnte, müssen auf Hilfe verzichten, damit die Gesellschaft als solche vor Dambrüchen geschützt bleibt. Bisher hat dieses Argument noch keine Entwicklung aufhalten können. Es verführt auch dazu, Ängste von Menschen auszunutzen oder gar zu schüren. Da es mit Hypothesen arbeitet, kann es von der Wirklichkeit immer auch widerlegt werden.

j) Darf der Mensch Gott spielen?

Immer wieder wird vor der Gentechnik gewarnt mit der Begründung: Der Mensch überschreitet seine Befugnisse, wenn er in die Gene eingreift, er spielt Gott. Aber liegen die Dinge so einfach? Die Bibel unterwirft die ganze Schöpfung der Herrschaft des Menschen (Gen 1,28; 2,15). Auch die Gene sind Bestandteil der Schöpfung. Mit welcher Begründung wollen wir sie der Herrschaft des Menschen entziehen? Dass diese Herrschaft nicht einfach nach eigenem Gutdünken ausgeübt werden kann, ist klar. Aber wie ist umzugehen mit einem Phänomen der Schöpfung, das die Bibel gar nicht nennt? Übrigens werden die Erbanlagen auch durch Züchtung allmählich verändert, wenn auch nicht so radikal. Es ist nicht einmal sicher, wie unveränderlich die menschlichen Gene wirklich sind. Immerhin weiß man, dass sich über kulturgeschichtlich lange Zeiträume der Körperbau des Menschen allmählich verändert.

Wenn man ganz am biblischen Text bleibt, könnte man zwar den Menschen selbst aus dem Schöpfungsauftrag ausnehmen und Gentechnik an Pflanzen und Tieren frei geben. Aber dann ständen auch andere Dinge in Frage, wie Organtransplantationen, Herzschrittmacher und vielleicht sogar einfache Medikamente. Immer dann, wenn der Mensch tiefer in die Voraussetzungen seines Lebens eindringt, gab es die gleichen Vorbehalte. Die ersten Sektionen riefen sie ebenso hervor wie die aufkommende Psychologie. Und jedesmal gaben irgendwann auch die Christen zu, dass diese neuen Erkenntnisse hilfreich sein konnten.

Entscheidend war immer, wie und warum man sie anwandte.

So einfach es die Sache machen würde - biblisch ist die prinzipielle Unantastbarkeit des Gens nicht wirklich zu begründen. Es sind die großen Unwägbarkeiten, die fragen lassen, ob ein so tiefer Eingriff in natürliche Steuergrößen überhaupt verantwortet werden kann.

Viele Forscher wollen Leben fördern und Menschen wohl tun. Aber die Hoffnung auf ein blühendes Geschäft wird wohl hier und da nicht zu Unrecht unterstellt. Kommerzielles Interesse steht auch hinter Versuchen, Menschen nach der Qualität ihrer Gene zu beurteilen - z.B. wenn es um den Abschluss von Lebensversicherungen geht - und so ein genetisches Apartheid-System zu installieren. Die Idee, mit Hilfe der Gentechnik die Schöpfung weiter zu treiben oder gar ein neues Menschengeschlecht ins Leben zu rufen, ist nicht nur bei der Rael-Sekte zu finden. Hier müssen Christen entschieden Nein sagen.

Dieses Nein sollte allerdings den Wahn, Gott zu spielen, nicht bestätigen. Auch der Mensch, der Gene manipuliert, kommt doch Gott dadurch nicht näher. Gott hat nicht nur die Gene erst erschaffen, sondern auch die Materie erfunden, aus denen sie besteht, samt den Gesetzmäßigkeiten, nach denen sie existiert. Die Gentechnik mag so etwas wie ein neuer Turmbau zu Babel sein, aber es besteht auch diesmal nicht die leiseste Chance, dass dieser Turmbau zum Ziel kommt. Die „unendliche Differenz“ (K.Barth) zwischen Schöpfer und Geschöpf wird auch durch die Gentechnik keinen Millimeter verringert. Der Status Gottes ist

nicht gefährdet (Ps 2,4). Gefährdet kann der Mensch immer nur sich selbst. Auf diese Gefährdung muss freilich hingewiesen werden.

k) Wohin mit der Angst?

Wir werden gut daran tun, uns auch über unsere eigenen Ängste vor diesen Entwicklungen klar zu werden und uns nicht unreflektiert aus irgend welchen Befürchtungen heraus zu positionieren. Wie weit ist unsere Kritik biblisch-ethisch begründet, wie weit wird sie von der Angst vor dem Unbekannten und damit emotional bestimmt? Unbegründet sind die Ängste nicht, aber wir müssen sie an Fakten messen und in Argumente übersetzen, die auch Gegner überzeugen und nicht nur uns. Vielleicht können wir manche bedrohliche Entwicklung aufhalten oder wenigstens verlangsamen. An anderer Stelle werden wir es nicht können und möglicherweise auch nicht müssen. Aber was auch geschieht, eines gilt unabänderlich: **„Gott sitzt im Regimente und führet alles wohl.“ (Paul Gerhardt)**



Martin Leupold

ist Dozent für Theologie am Gnadauer Theologischen Seminar, Falkenberg/Uchtenhagen und Mitglied in der Redaktionsgemeinschaft von „Akzente für Theologie und Dienst“

Jesus Christus – Mittler von Schöpfung und Erlösung *Kolosser 1, 15-20*

Hilfen zum Bibellesen

Gerd Wendrock

1. Exegese

1.1. Überblick über den Text

Im Kolosserbrief wendet sich Paulus gegen eine Irrlehre, die die Gemeinde in Kolossä gefährdet. Bei dieser Irrlehre handelt es sich nicht um eine Verpflichtung auf das jüdische Gesetz wie im Galaterbrief, nicht um eine zu freizügige Auffassung des Evangeliums wie im 2. Korintherbrief und auch nicht um eine gnostische Lehre. Es geht um eine Mischform religiöser und philosophischer Ideen, die deshalb so gefährlich ist, weil sie als eine neue Heilslehre erscheint. So steht Jesus Christus nicht mehr allein im Mittelpunkt des Heils. Engel und himmlische Mächte, denen ein großer Einfluss auf Leben und Tod zugeschrieben wird, werden verehrt (2,18). Viele strenge Vorschriften sind einzuhalten (2, 20-23). Visionen (2,18), besondere Feiertage (2,16) und Askese (2,21) bestimmen das Leben in der Gemeinde. Die Angst vor himmlischen Mächten und die Sorge, irgend etwas im Kultus falsch zu machen, halten die Christen gefangen und lassen somit von der Freude am Evangelium wenig übrig.

Paulus will mit seinem Brief den Kolossern die „evangelische Freiheit“ zurückgeben. Er klärt die verängstigten Christen über die Hierarchie im Himmel auf: Christus ist der Herr über alle Mächte und Gewalten im Himmel und auf Erden (2,15). Wer auf seiner

Seite steht, steht auf der Seite des Siegers. Er muß die Engelmächte nicht fürchten. Die Rituale und strengen Vorschriften der neuen Heilslehre haben ihre Quelle nicht in Gott, sondern in der natürlichen Religiosität des Menschen. Paulus urteilt darüber so: „... sie sind aber nichts wert und befriedigen nur das Fleisch“ (2,23). Es kommt für Paulus darauf an, dass Menschen die großen Geschenke Gottes in Christus annehmen: Neues Leben, Vergebung der Schuld, Tilgung des Schuldbriefes, echte Weisheit und Erkenntnis. Danach sollen die Kolosser ihr Leben gestalten (3,2f).

In seinem Dank- und Fürbittgebet für die Gemeinde (1,3-14) erwähnt Paulus die Rettungstat Gottes, die darin besteht, dass er die Glaubenden aus dem „Reich der Finsternis in das „Reich seines lieben Sohnes“ versetzt (1,13.14). Was Jesus Christus für die Schöpfung und für die Erlösung bedeutet, beschreibt Paulus in einem Christushymnus (1,15-20). Die Verse 15 und 18b entsprechen sich in Aussage und Form. In Vers 15 ist Christus das Bild Gottes und der Erstgeborene vor aller Schöpfung. In Vers 18b ist er der Anfang der Neuschöpfung (Erlösung) und der Erstgeborene von den Toten. Beide Verse leiten jeweils eine Strophe des kunstvoll aufgebauten Liedes ein.

Gliederung:

Verse 15-18a

1.Strophe: Christus und die Schöpfung.

V.15 Ebenbild und Erstgeborener

V.16 Schöpfungsmittler

V.17 Erhalter der Schöpfung

V.18a Christus das Haupt über alles

Verse 18b-202. Strophe: Christus und die Erlösung.

V.18b Christus der Anfang und der Erstgeborene

V.19 In ihm wohnt die Fülle

V. 20 Er ist der Versöhner

1.2. Einblick in die „Sache“ des Textes

V.15: Gott ist den Blicken der Menschen verborgen. „Niemand hat Gott je gesehen ...“ (Joh 1,18). Aber Gott begegnet den Menschen in seinem Ebenbild Jesus Christus (Heb 1,3). Das Wort „Bild“ bedeutet hier nicht optische Übereinstimmung, sondern die Unmittelbarkeit zwischen Vater und Sohn - verglichen mit der Unmittelbarkeit zwischen einem Original und dessen Abbild: „Wer mich sieht, sieht den Vater“ (Joh 14,9). Wer Gott begegnet, findet ihn in seinem Sohn: „Der Eingeborene, der Gott ist und in des Vaters Schoß ist, der hat ihn uns verkündigt“ (Joh 1,18). Als Erstgeborener ist der Sohn „... *gezeugt und nicht geschaffen*“ (Glaubensbekenntnis von Nizäa - Konstantinopel). Jesus Christus steht über allen Geschaffenen.

V. 16: Jesu Christus ist der Schöpfungsmittler. Alles Geschaffene besteht in ihm, durch ihn und zu ihm hin (vergl. 1.Kor 8,6; Röm 11,36). Er ist Quelle und Ziel in einem. Von ihm kommt alles her. In ihm mündet alles. Alles Geschaffene findet in ihm seinen Sinn. Alles hat seinen Bezug auf ihn hin. Darum müssen alle Menschen vor ihm Rechenschaft ablegen (2.Kor 5,12).

Der ganze Kosmos ist dem Sohn unterstellt. Das gilt auch für die himmlischen Mächte, vor denen die Kolosser sich fürchten. Diese

Engelmächte stehen nicht neben, schon gar nicht über, sonder unter ihm (Hebr 1,4-14).

V. 17: Christus ist der Präexistente, der *gegenwärtige* Herr sowohl in seiner Gemeinde als auch über alles Geschaffene. Aber er ist ebenso der Zukünftige, der *komme* Herr seiner Gemeinde und aller Welt zum Gericht. Die Welt ist nicht geschaffen und läuft wie ein aufgezoogenes Urwerk aus sich selbst heraus (Deismus). Christus ist der Erhalter seiner Schöpfung. In ihm ist das Leben (Joh 1,4).

V. 18: Als Herr thront Christus über alles Geschaffene. „alles hat er unter seine Füße getan“ (Eph 1,22). Ganz anders ist seine Beziehung zur Gemeinde. Mit ihr ist er verbunden wie das Haupt mit dem Leib: „... und hat ihn gesetzt der Gemeinde zum Haupt, welche sein Leib ist...“ (Eph 1, 22.23). Das Wort „Gemeinde“ bildet die Überleitung von der 1. zur 2. Strophe und damit von der Schöpfung zur Erlösung. (Manche Ausleger sehen hinter dem Bild des Leibes nicht die Gemeinde der Glaubenden, sondern die ganz Welt, mythische Kosmogonie – dieser Meinung bin ich nicht).

V. 18b: Die 2. Strophe setzt einen Bruch zwischen Schöpfer und Schöpfung voraus. Mit der Sünde des Menschen kam der Tod in die Welt. Die Harmonie in der Schöpfung zwischen Schöpfer und Geschöpf ist gestört. Gott findet sich nicht damit ab. Er setzt durch Christus einen Neuanfang. In der Schöpfung erfolgt eine Neuschöpfung. Christus überwindet die Katastrophe des Todes (und der Sünde). Er erlöst die Menschen nicht aus der Welt heraus (Gnosis: Die Welt ist schlecht!), sondern in der Welt

und mit der Welt (siehe Röm 8,19-23). Die Hoffnung des Evangeliums gilt nicht nur den Menschen, sondern allen Geschöpfen (Kol 1,23). Sowohl in der Schöpfung als auch in der Erlösung ist Christus der Erste und der, dem alle Macht gegeben ist.

V. 19: Christus ist nicht der Größte unter den Menschen. Er ist auch nicht geringer als Gott der Vater, sondern „in ihm wohnt die ganze Fülle der Gottheit leibhaftig“ (Kol 2,9).

V. 20: Der Weg der Versöhnung führt zum Kreuz Christi, an dem er Schöpfer und Geschöpf wieder vereint und darum Frieden bringt. Dieser Frieden ist am Zustand der Schöpfung heute noch nicht sichtbar (er ist „höher als alle Vernunft und Sinne“ (Phil 4,4), aber im Glauben erlebbar (Joh 14, 26.27).

1.3 Ausblick auf die Botschaft des Textes

Das Thema der beiden ersten Kapitel des Kolosserbriefes lautet: In Christus haben wir alles. Dieser Satz wird in unserem Text konkret. In, mit und durch Christus finden Schöpfung und Erlösung statt. Er ist Quelle und Ziel. Daher ist „Christus allein“ auch der Grund des Heils.

Gott sind nicht Äußerlichkeiten wie Fasten, Askese oder Kultus wichtig, sondern die Öffnung unseres Herzens für das Evangelium von Jesus Christus. „Ein Mensch sieht, was vor Augen ist, der Herr aber sieht das Herz an (1.Sam 16,7).

2. Meditation

2.1 Gegenüberstellung von Botschaft und Hörer

Die Botschaft des Textes ist in unserer Zeit sehr aktuell. Der Mensch des 21. Jahrhun-

derts steht vor den reich gefüllten Regalen des religiösen Supermarktes und stellt sich sein Glaubensmenü selbst zusammen. Fernöstliche Vorspeisen, naturreligiöse Hauptgerichte und christliche Desserts wandern in den Einkaufskorb. Gewürzt werden alle Speisen mit viel Egoismus und Selbstverwirklichung. Was nicht schmeckt, wird getreu dem Rezept „Gut ist nur, was gut tut!“ aussortiert. Nicht der Nährwert, sondern der Geschmack entscheidet. Man bastelt so lange an den Genen der Zutaten, bis man den Geschmack des Kunden getroffen hat. Esoterische und „menschenfreundliche“ Kochbücher bringen Tipps und Rezepte. Die Praxis zeigt, dass diese Speisefolgen oft schwer im Magen liegen oder sogar unverdaulich sind. Schwere seelische Störungen, Ängste, Depressionen und religiöse Enttäuschungen sind die Folge.

Unser Text bringt den Vorschlag für eine gesunde und bodenständige Ernährung: CHRISTUS ALLEIN!

Es bleibt zu hoffen (und dafür zu beten), dass die Zuhörer dabei auf den Geschmack kommen!

2.2 Ideen zur Gestaltung der Predigt bzw. Bibelstunden

Der Gedanke des religiösen Supermarktes lässt sich auf dem Hintergrund des Kolosserbriefes in verschiedene Richtungen entfalten. Der unheilbar religiöse Mensch legt sich vieles zu, was seiner Meinung nach gut für ihn ist (Ideologien, Esoterik). Der Heimwerker bastelt am Code des Lebens (Gentechnik, Präimplantationsdiagnostik, Klonen). Grenzen, Normen, Maßstäbe ver-

schwimmen. Der Mensch will alles und verliert dabei Gott und sich selbst. Anliegen der Predigt sollte es sein, die Mensch auf diese Situation aufmerksam zu machen und sie ganz neu zum Fragen nach Gott zu motivieren.

2.3 mögliche Gliederung

Fragen sie Christus!

1. Er ist der Architekt des Lebens
2. Er ist der Sieger über den Tod
3. Er ist Gott selbst und Herr der Welt



Gerd Wendrock

ist Prediger des Sächsischen Gemeinschaftsverbandes im Gemeinschaftsbezirk Riesa. Er gehört seit 2002 zur Redaktionsgemeinschaft von Akzente für Theologie und Dienst



Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens: Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht – Neukirchen-Vluyn: Neukirchener 2000 – ISBN 3-7975-0001-7

Der Autor, Klinikpfarrer und Professor für Systematische Theologie in Bonn, ist ein ausgewiesener Kenner der Lebensrechtsproblematik. Mit umfassender Sachkompetenz und unbestechlichem Scharfblick deckt er die Punkte auf, an denen sich die sonst so feinnervige Wohlstandsgesellschaft bedenkenlos über die Rechte der Schwächsten hinwegsetzt. Dabei verzichtet er auf plakative Anklagen und sucht in differenzierter Argumentation den Wurzeln der gewohnheitsmäßigen Grenzüberschreitung auf die Spur zu kommen. Als deren geistigen Nährboden erweist er nicht allein den medizinisch-technischen Fortschritt, sondern zugleich die Erhebung individueller Freiheit und diesseitigen Wohlbefindens zu beherrschenden Werten.

Unter diesem Blickwinkel werden die verschiedenen, längst üblich gewordenen Eingriffe in begonnenes menschliches Leben, wie Schwangerschaftsabbruch, vorgeburtliche Diagnostik und künstliche Befruchtung betrachtet. Dabei wird das berechnete Interesse an Möglichkeiten des Heilens sorgfältig gegen die Gefahr eines menschenverachtenden Umgangs mit ungebohrenem Leben abgewogen.

Ebenso einfühlsam setzt sich Ulrich Eibach mit dem um sich greifenden Verlangen nach selbstbestimmtem Sterben und der Frage nach der Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen auseinander. Aber auch das gewachsene Selbstbewusstsein des Patienten gegenüber dem Arzt, Recht und Grenze des Forscherdrangs, das Problem der Gerechtigkeit bei der Zuteilung medizinischer Leistungen werden thematisiert.

All dies wird unter präziser Kenntnis der gültigen Rechtslage erörtert, wobei der Leser hier mit Veränderungen rechnen muss. Die Tuchfühlung mit den philosophischen Hintergründen führt zu einer Reihe von bestechend konsequenten Fragestellungen und entlarvt die verborgenen Motive in der Debatte. So kann das Buch Menschen, die bisher unkritisch den Trends gefolgt sind, nachdenklich machen. Denen, die schon jetzt eine kritische Position einnehmen, kann es helfen, diese tiefer zu verstehen, solider zu begründen und entschiedener mitzutragen. Allerdings muss sich der Leser auf einen durchaus anspruchsvollen, teilweise auch etwas trockenen Stil einlassen. Immerhin ist Fachbegriffen in der Regel die deutsche Bedeutung in Klammern nachgestellt. Dass der Untertitel des Buches eine Einführung verspricht, kann auch in anderer Hinsicht falsche Erwartungen wecken. Es bietet nämlich keinen didaktisch konzipierten Aufbau, dem man sich einfach lesend überlassen kann. Vielmehr stellt es in sich abgeschlossene Beiträge nebeneinander, die verschiedenen Vorträgen des Autors entstammen, so dass es mitunter zu lästigen Wiederholungen kommt. Dafür lassen

sich die verschiedenen im Buch angeschnittenen Themen auch je für sich verstehen. Die Literaturangaben zu jedem Kapitel sind eine wertvolle Ergänzung.

Wer von den behandelten Problemen umgetrieben wird und die intensive Auseinandersetzung nicht scheut, findet in diesem Buch entscheidende Orientierungen.

Martin Leupold

„Bald wird es eine Sünde sein, wenn Eltern ein behindertes Kind zur Welt bringen. Die zunehmenden Möglichkeiten der Pränatalen Diagnostik zur Vermeidung von genetisch bedingten Krankheiten legen Eltern eine moralische Verantwortung auf.“

(Robert Edwards, „Erzeuger“ des ersten Retortenbabys, in einem Vortrag 1999)



*Bill T. Arnold / Bryan E. Beyer – **Studienbuch Altes Testament**, 496 S., gebunden, 48,- Walter A. Elwell, Robert W. Yarbrough – **Studienbuch Neues Testament** 448 S., gebunden, 42,- beide: R. Brockhaus-Verlag, Wuppertal, 2001*

Das Jahr der Bibel 2003 ist da. Es gibt viele Angebote, sich mit der Bibel vertraut zu machen. Je nach Situation der Menschen, denen man begegnet, gibt es unterschiedliche Angebote. Für Leute, die sich intensiv mit der Bibel befassen und sie kennen lernen wollen, sind diese beiden Studienbücher gut geeignet.

Es sind wirklich Studienbücher. Sie sind so aufgebaut, dass jedes einzelne Bibelbuch behandelt wird. Angefangen mit einer guten Übersicht, den zentralen Themen und auch mit Lernzielen versehen kann man jedes Buch einzeln für sich durchgehen. Kurz und bündig, mit den wesentlichen Schwerpunkten und vielen Plänen, Bildern und Karten ist es zugleich ein gutes Nachschlagewerk. Gerade die Anschaulichkeit und die vielen Übersichten machen diese Studienbücher sehr wertvoll.

Nicht nur für Neueinsteiger in die Bibel sind sie geeignet, sondern auch für „alte Hasen“, die auf eine frische Art sich nochmals mit den verschiedenen Büchern befassen können.

Christoph Reumann

Aus der Geschäftsstelle



Liebe Schwestern und Brüder,
durch das tägliche laute Beten lernte ich - so nebenbei beim Zuhören als Jugendlicher - von meiner Großmutter ein altes Abendlied mit vielen Strophen. Es beginnt mit den Worten: „So fliehen unsre

Tage hin, auch dieser ist nicht mehr...“ An

diese alten Zeilen werde ich in diesen Tagen erinnert, wenn ich auf den Kalender schaue. Die Tage „fliehen“ wirklich hin. Schon ist ein Monat des gerade erst begonnenen Jahres vorbei (als ich diese Zeilen schrieb). Wie gut, dass wir mitten im Flug der Zeiten auf unseren ewigen und unvergänglichen Herrn bauen können, mit ihm rechnen dürfen. So wird jeder Tag zum Geschenk.

Mit herzlichen Grüßen aus Greifswald,
Euer *Karl-Heinz Schlittenhardt*

Diamantene Hochzeit feiern am 10.03. Geschwister Max und Marianne Mittelbach, Zwönitzerstr. 8, 08297 Zwönitz.

Ihre **Silberhochzeit** feiern am 29.04. Geschwister Gerd und Doris Zellmer, Pillgramstr. 12, 15236 Frankfurt (Oder).

Wir wünschen für den Festtag und den weiteren gemeinsamen Weg Gottes Segen mit dem Wort aus Ps 97,12: *„Ihr Gerechten, freut euch des HERRN und danket ihm und preiset seinen heiligen Namen!“*

In den vergangenen Wochen wurden folgende Geschwister **heimgerufen**:

Vorname	Name	Ort	Geburtsdatum	Sterbedatum
Gerlinde	Weigold	Neustadt/Weinstraße		08.12.2002
Henryk	Weigold	Neustadt/Weinstraße	11.07.1937	08.12.2002
Martha	Burkhardt	Stuttgart	03.05.1908	07.01.2003

Wir bitten für die Angehörigen, besonders für die Angehörigen von Geschwister Weigold, die beide am gleichen Tag durch einen tragischen Unfall ums Leben kamen, Gottes Trost und Kraft.

„Lass mich deine Gnade erfahren und tröste mich, wie du es mir versprochen hast!“
(Ps 119,76/Hoffnung für alle)

Neue Mitglieder

In den letzten beiden Vorstandssitzungen wurden folgende Brüder als Mitglieder aufgenommen. Wir heißen sie herzlich in der RGAV willkommen!

Vorname	Name	Straße /Nr.	PLZ	Ort
Michael	Lohrer	Ahornallee 16	33330	Gütersloh
Thomas	Raab	Sperberweg 1	75428	Illingen
Volker	Kungel	Ottostr. 2	84453	Mühdorf a. Inn
Christian	Sewerin	Weberweg 2	17498	Dersekow

Termine, die man sich vormerken sollte:

- **22.-25.04.2003 Hauptkonferenz in Siegen/Haus Patmos**

Entgelt bezahlt

Sehr geehrte/ter Zusteller/in!

Sollte diese Zeitung unzustellbar sein, gegebenenfalls mit neuer Anschrift zurück.

- ist nicht zu ermitteln
- ist verzogen nach
- ist verstorben

Aus den Bezirksverbänden

Hessen

Der Bezirksverband Hessen hat wieder einen Vorsitzenden! So habe ich genau vor einem Jahr an dieser Stelle gemeldet! Nun muss ich mit einem lachenden und einem weinenden Augen melden: Hessen hat keinen Bezirksvorsitzenden mehr. Und das deshalb, weil Prediger Burkhard Heupel und seine Familie im April mit der Neuendettelsauer Mission nach Papua-Neuguinea ausreisen werden. Von dort aus sind die Geschicke des Bezirks Hessen schlecht zu koordinieren. Wir danken Burkhard Heupel für sein engagiertes Mitarbeiten und Vordenken in der RGAV. Unser Herr begleite ihn und seine Familie und rüste ihn aus für den Dienst, der ihn erwartet.

Mecklenburg-Vorpommern

Am ersten Montag im November ist RGAV-Bezirkskonferenz in MV! Das ist ein fester Termin! 25 Teilnehmer fanden sich in der LKG Neustrelitz ein. In einem guten und hilfreichen Referat führte Klaus-Dieter Fröhlich - RGAV-Mitglied und Therapeut am Diakonischen Zentrum Serrahn - am Morgen in das Thema „Grundlinien evangelistisch-diakonischen Handelns in der Bibel“ ein. Eine lebhaft Diskussion schloss sich an.

Nach einem Spaziergang gab dann der Leiter des Diakonischen Zentrums Serrahn, Reinhard Jahn - ebenfalls RGAV-Mitglied -, Einblick in Entstehung, Auftrag und Arbeitsweise der Einrichtung. Vor allem Menschen aus dem Suchtbereich finden Aufnahme. Die Kosten der Therapie werden in der Regel von den Krankenkassen übernommen. Aber auch Menschen, für die sich zunächst keiner zuständig weiß, werden nicht abgewiesen.

Von allen Teilnehmern wurde der Tag als gelungen, informativ und gemeinschaftsfördernd empfunden. Dass wir sehr gut versorgt wurden, sei ebenfalls dankbar erwähnt.