

Katharina Kasper-Stiftung – eine Stiftung für das Leben

Am 28.1.2002 wurde in Dernbach/Westerwald die Katharina Kasper-Stiftung gegründet – Trägerin der Stiftung ist die Kongregation der Armen Dienstmägde Jesu Christi. Die Stiftung hat sich zum Ziele gesetzt, Frauen zu helfen, bei denen Methoden der Pränataldiagnostik angewandt werden und denen aufgrund der Untersuchungsergebnisse zur Abtreibung geraten wird.

Die Stiftung will zur Annahme eines unter Umständen behinderten Kindes ermutigen.

Der folgende Beitrag erläutert die Namensgebung der Stiftung und ihre Ansätze zur Unterstützung von Frauen und betroffenen Familien.

Katharina Kasper (1820 - 1898) und ihr Wirken

Unser Gott ist ein Gott des Lebens. Die Kirche – und in ihr in besonderer Weise die Orden – sind in ihrer langen Geschichte stets eingetreten für die Förderung des Lebens. Das traf zu beim Beitrag der benediktinischen Gemeinschaft zur Entwicklung der europäischen Kultur als Hort der Ordnung und des Friedens in den Wirren der Völkerwanderung und im frühen Mittelalter. Das wirkte sich aus in den Bettel- und Predigerorden vom 12. Jahrhundert an, die das Evangelium aus den Gottesburgen hinaus trugen auf die Landstraßen und zu den Armen ihrer Zeit. Die missionarischen und apostolischen Gemeinschaften bis zu den Jesuiten fanden eine Verbindung zwischen Predigt und Kulturver-

mittlung, die auf ihre Weise Leben förderte. Und von der Mitte des 19. Jahrhunderts an entstanden viele vor allem weibliche Gemeinschaften, die um der Liebe Gottes willen dem Leben dienten in den vielfältigen Bedürfnissen und Nöten ihrer Zeit. 1851 gründete Katharina Kasper in Dernbach, einem kleinen Westerwalddorf in der Diözese Limburg, die Kongregation der Armen Dienstmägde Jesu Christi. Menschen in Not zu helfen, ihr Leben zu bewältigen; Familien zu unterstützen, Kranke zu pflegen, Kinder zu erziehen – das war die unmittelbare Anforderung in der Zeit des Früh-Kapitalismus, der beginnenden Industrialisierung und entsprechender Verarmung und Verelendung breiter Volksschichten.

Entsprechend der vielen Auswirkungen von Armut und Elend setzten die Schwestern ihre Hilfsangebote sehr variabel ein. Zur häuslichen Kranken- und Familienpflege kam bald der Aufbau von Krankenhäusern und Spezialkliniken. Wo zunächst Kinder im Dorf von Schwestern beaufsichtigt wurden, um die in der Landwirtschaft tätigen Mütter zu entlasten, entwickelten sich Kinderheime, Schulen, Kindergärten und Horte, auch Einrichtungen für Pflege, Ausbildung und Betreuung Behinderter. Schulen wurden angeboten in Fabriken, um den der Kinderarbeit unterworfenen Heranwachsenden einen Ausweg aus der Fabrikfron zu ermöglichen. Schwestern folgten den Wirtschaftsflüchtlingen des 19. Jahrhunderts nach USA und England, um auch dort ihre Kranken zu pflegen, ihre Kinder zu erziehen, religiöses Leben zu fördern in der neuen, nicht immer lebensfreundlichen Welt.



Diese Arbeit der Kongregation dauert nun schon über 150 Jahre. Katharina Kaspers Schwestern wirken heute in Deutschland, England, den Niederlanden, den USA, Indien, Brasilien, Mexiko und Kenia. Trotz der großen räumlichen Expansion gibt es Zeichen des Rückgangs; die Mehrzahl der Schwestern in den westlichen Ländern ist älter geworden. Die vielen aus Initiative und Fleiß der Schwestern aufgebauten Institutionen sind nicht mehr durch Schwestern zu managen. Häuser müssen geschlossen, Konvente aufgelöst werden. Aber der Auftrag bleibt – dem Leben zu dienen um der Liebe Gottes willen.

Dem Leben dienen – am Beginn des 21. Jahrhunderts

Die Gefährdungen des Lebens sehen zu verschiedenen Zeiten anders aus. So werden neue Antworten notwendig auf Fragen, die sich je neu stellen.

In unserer Zeit scheint der Anfang des menschlichen Lebens besonders gefährdet. Nicht nur durch Schwangerschaftskonflikte – diese sind in sich für die einzelne Frau schlimm genug. Gefährlicher wirkt sich ein Paradigmenwechsel aus, der sich aus dem wachsenden Wissen und zunehmenden Eingriffsmöglichkeiten ergibt durch neue Methoden medizinischer Technik. Bisher verstand man Diagnose als ersten Schritt zur Therapie. Das gilt nicht mehr generell. Pränataldiagnostik (PND – zu unterscheiden von PID, der Diagnostik an Zellen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter; das ist noch eine ganz andere Problematik, die hier nicht behandelt werden kann), also Untersuchung des noch nicht geborenen Kindes, stellt unter Umständen Erkrankungen fest, die nicht zur Therapie und möglicherweise zur Heilung, sondern zur Tötung des Kindes führen. Es gibt da eine Parallele bei der Geriatrie. Wir beobachten, dass bei schwerstkranken alten Menschen oft noch aggressive diagnostische

Verfahren eingesetzt werden, obgleich die Diagnose keinerlei therapeutische Konsequenzen hat. Das ist Forschung am wehrlosen Menschen, Belastung ohne Hilfe. Beim Ungeborenen ist es möglicherweise noch schlimmer, denn eine Diagnose kann das Todesurteil sein, selbst wenn sie gar nicht eindeutig und hundertprozentig sein kann.


Jeder medizinisch Interessierte weiß, dass diese Kurzformel viele Fragen offen lässt. Wenn ein Kind geboren wird mit schweren genetischen Krankheiten, so stellt dies für die betroffene Familie wie für den so belasteten Menschen – und nicht zuletzt für die Gesellschaft (Krankenversicherung, Sozialämter, Sonderschulen, Eingliederungseinrichtungen...) eine tatsächliche Herausforderung dar. Nicht alle diese Krankheiten lassen sich pränatal sicher feststellen. Die Untersuchungen sind auch nicht ungefährlich für das Ungeborene, ob es nun tatsächlich krank ist oder nicht. Nur in den seltensten Fällen kann eine Therapie für das Kind eingesetzt werden. Meist lautet auch bei nur 30 % Risiko einer möglichen Erkrankung oder Behinderung der Rat des Arztes, das Kind vor der Geburt zu töten.

Methoden pränataler Diagnostik, kurze Übersicht

Es gibt inzwischen eine Reihe guter Informationsmöglichkeiten für Interessierte. Ich stütze mich im Folgenden auf Broschüren des Arbeitskreises Pränatale Diagnostik, Münster (hrsg. März 2002, Vario-Druck, Dortmund).

Einige lapidare Sätze werden der Kurzdarstellung heute möglicher Methoden vorangestellt.

Pränatale Diagnostik kann die Intaktheit der Schwangerschaft bestätigen. Eine begrenzte Anzahl von Erkrankungen und Behinderungen lässt sich feststellen; in Einzelfällen ist es möglich, solche Erkrankungen noch wäh-



rend der Schwangerschaft zu behandeln. In den meisten Fällen ist dies nicht möglich. Und: Trotz unauffälliger Untersuchungsergebnisse gibt es keine 100%ige Sicherheit, dass ein gesundes Kind geboren wird.

95-97 % aller Kinder kommen bei der Geburt völlig gesund zur Welt – ohne pränatale Eingriffe. Trotzdem wird besonders bei Frauen über 35 Jahre sowie bei Vorliegen von Erbkrankheiten auf entsprechende Diagnostik gedrängt – jede Frau könnte sie verweigern, aber das setzt ein unter Umständen hohes Maß an Standfestigkeit voraus.

Ultraschalluntersuchungen (Sonographie) werden heute in nahezu jeder gynäkologischen Praxis durchgeführt. Die Aussagekraft hängt von der technischen Ausstattung des Gerätes und der ärztlichen Erfahrung ab. Die Ergebnisse liegen sofort vor; Ultraschallwellen sind Schallwellen einer von Menschen nicht hörbaren Frequenz. Sie werden vom Körper der Mutter und des Ungeborenen reflektiert und auf einem Bildschirm sichtbar gemacht. Es sind keine medizinischen Risiken bekannt.

Ultraschalluntersuchungen über die Bauchdecke oder über die Vagina sind dreimal in Abständen von 7 bis 9 Wochen während der Schwangerschaft üblich. Sie können das Alter und die Wachstumsentwicklung des Kindes kontrollieren, evtl. Mehrlingsgeburten oder Erkrankungen der Mutter feststellen.

Eine Sonderform ist die Dopplersonographie, bei der die Durchblutung der Nabelschnur gemessen und im Bild farbig dargestellt wird. Ein weiteres nicht riskantes Untersuchungsverfahren ist der Triple-Test, bei dem der Schwangeren venöses Blut entnommen wird, ab etwa der 16. Schwangerschaftswoche. Die nach ca. einer Woche vorliegenden Ergebnisse können ohne verlässliche Diagnose Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Chromosomenanomalien, vor allem Downsyn-

drom, geben. Da das genaue Schwangerschaftsalter oft nicht feststeht, ist die Deutung der Ergebnisse schwierig. Bei einem Teil der auffälligen Befunde wird ein völlig gesundes Kind geboren; oft sind jedoch die Mütter so verunsichert, dass sie weiteren invasiven Untersuchungen zustimmen oder sich gegen das Kind entscheiden. Der Test kann ebenso falsche Sicherheit vermitteln wie durch unnötige Beunruhigung schaden, die Trefferquote beträgt nur 60-65 %

Sehr viel genauer (Fehldiagnose unter 0,2 %) ist die nur an hochspezialisierten Kliniken durchführbare Chorionzottenbiopsie, bei der aus der mittleren Eihaut mittels Katheter ab der 9. Schwangerschaftswoche Gewebe entnommen wird zur direkten Untersuchung der Chromosomen. Ergebnisse liegen nach einer bzw. bis zu vier Wochen vor. Durch die Tests am Chromosom ist es möglich, gezielt nach dem Vorliegen bestehender Stoffwechsel- oder Muskelerkrankungen zu suchen, z.B. Mucoviscidose, falls ein familiäres Risiko besteht. Die meisten durch diese Untersuchung festgestellten Krankheiten sind nicht behandelbar. Das Fehlgeburtsrisiko liegt bei 2 bis 4 %.

Placentapunktion; Fruchtwasserpunktion (Amniozentese): Mutterkuchengewebe bzw. Fruchtwasser wird mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke entnommen; ab der 13. Schwangerschaftswoche. Die Ergebnisse liegen nach 2 bis 4 Wochen vor.

Durch diese Untersuchung wird gezielt und ergebnisgenau nach genetischen Defekten des Ungeborenen gesucht, besonders bei belasteten Familien. Trisomie, Neuralrohrdefekte (offener Rücken), schwere Muskel- und Stoffwechselerkrankungen sind erkennbar – aber nicht behandelbar. Nach dem Eingriff können Krämpfe, Wehen, Blutungen auftreten. Fehlgeburtsrisiko 0,3 bis 1 %. Bei aller Genauigkeit der Diagnose im Fall einer genetischen Veränderung ist der



Hilfsangebote der Katharina Kasper-Stiftung nach PND

Schweregrad der Erkrankung nicht vorher-sagbar. Die Untersuchung ist für die Schwangere in sich belastend, weiterhin erschwert durch die lange Wartezeit auf ein Ergebnis. Schließlich seien noch drei Methoden genannt, die vielleicht nicht so bekannt sind wie die bisher angeführten.

Bei der Nackentransparenzuntersuchung, einer Ultraschalluntersuchung in der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche, wird die Lichtdurchlässigkeit der sogenannten Nackenfaltte des Embryos gemessen. Ist diese höher als gewöhnlich, kann das ein Zeichen für z.B. Herzfehlbildungen sein. In den meisten Fällen folgen eingreifendere Verfahren, um mögliche Auffälligkeiten fassbarer zu machen.

Die Nabelschnurpunktion macht die Entnahme von Blut aus der Nabelschnur möglich. Dieses Blut kann Hinweise geben etwa auf Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind. Auf diesem Weg können dem Kind auch direkt Medikamente verabreicht, bei Blutarmut Blut übertragen werden. Das Fehlgeburtsrisiko liegt bei 1 %.

Die Fetoskopie ermöglicht schließlich, dass der Arzt das Kind durch ein dünnes Röhrchen betrachtet, das nach örtlicher Betäubung durch die Bauchdecke bis in die Fruchthöhle geschoben wird. Zum Nachweis oder Ausschluss sehr seltener Haut- oder Stoffwechselerkrankungen können Gewebeproben von Haut oder Leber des Kindes entnommen werden. Eine Behandlung ist nicht möglich; Fehlgeburtsrisiko 5 %.

Die Forschung entwickelt sich weiter; derzeit wird an einer Methode gearbeitet, bei der kindliche Zellen aus dem mütterlichen Blut untersucht werden können. Man könnte dann Chromosomenveränderungen des Kindes anhand Blutuntersuchungen bei der Mutter feststellen. Auch da ginge es wohl eher um den Versuch, Erkrankungen auszuschließen, als um eine Diagnose, die zur Therapie führt.


Viele ethische, medizinische, versicherungstechnische Fragen verbergen sich hinter diesem hier nur skizzierten Problembereich. Das Augenmerk der Schwestern bei Gründung der Katharina Kasper-Stiftung richtet sich auf die betroffenen Mütter und Familien sowie ihre noch nicht geborenen Kinder. Ihnen soll eine begleitende Beratung ermöglicht werden, die ihnen zu entscheiden hilft, ob sie Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen oder sie ablehnen können und wollen. Entscheiden sie sich für die Diagnostik, wird bei einem möglichen Risikobefund die Beratung und Begleitung noch intensiver sein müssen. Diese Beratung braucht Professionalität. An mehreren Stellen beginnen Überlegungen, wie dafür geschult und vorbereitet werden kann.

Hier tritt die Katharina Kasper-Stiftung als Hilfsangebot der Schwestern ein. Treu der Tradition der Ordensgemeinschaft und ihrer Gründerin, Katharina Kasper, wollen sie durch eine kirchliche Stiftung solche Angebote ermöglichen.

Gefordert ist eine ausgewogene Beratung, die darum weiß, dass PND-Tests nur eine begrenzte Aussagefähigkeit besitzen. Sie muss um die Risiken dieser Untersuchungen ebenso wissen wie um den massiven Einfluss gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (zum Beispiel die von Bundesland zu Bundesland verschiedene Präsenz bzw. Absenz integrativer Maßnahmen oder familienentlastender Dienste). Sie muss auch wissen um das gesellschaftliche Klima.

Wir möchten durch die Stiftung PND-Beratungs-Netzwerke entwickeln.

- ◇ Die Stiftung wird an Krankenhäusern aktiv und führt hierzu Frauenärzte/Frauenärztinnen, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Beraterinnen, Mitarbeiter der Caritas



und von Behinderteneinrichtungen zusammen.

- ◇ Sie entwickelt in Zusammenarbeit mit ihnen ein Beratungskonzept, dem ein christliches Verständnis von Menschen mit Behinderungen zu Grunde liegt.
- ◇ Sie setzt in Zusammenarbeit mit ihnen ein Beratungskonzept in die Praxis um.

Die Katharina Kasper-Stiftung setzt des weiteren einen Schwerpunkt auf die Ermutigung, ein Kind auch bei einer eventuellen Behinderung anzunehmen, das Leben zu ermöglichen. Ob PND oder nicht, Behinderungen wird es auch weiterhin geben.

Denn es wird in der aktuellen Diskussion leicht vergessen, dass 90 % aller Behinderungen im ersten Lebensjahr nicht genetisch bedingt sind. Sie hängen zusammen mit Frühgeburt, Komplikationen während der Geburt, Impfreaktionen oder Unfällen.

Wenn die Eltern dann von der Behinderung ihres Kindes erfahren, fühlen sie sich oft allein gelassen und wissen keinen Ausweg. Für die meisten Eltern ist die Behinderung ihres Neugeborenen ein Schock, ein Trauma, das ihnen ein Leben lang zu schaffen macht. Es fehlt in dieser Situation eine seelsorgerische Begleitung. Viele der im Rahmen der Frühförderung angebotenen Maßnahmen bieten Hilfen und Unterstützung an, die sich in erster Linie auf entwicklungsfördernde oder funktionell-therapeutische Angebote für die Kinder beziehen. Diese haben ihre Berechtigung, sind aber wenig dazu geeignet, den Eltern eine angemessene Unterstützung in ihrer Auseinandersetzung mit der Geburt ihres behinderten Kindes zu bieten.

Auf diese Situation will die Stiftung mit der Entwicklung von Beratungsteams reagieren. Sie wird dabei von den Erfahrungen der Unfall-, Krankenhaus- und Telefonseelsorge geleitet, die zeigen, wie hilfreich eine seelsorgerische Begleitung bei der Verarbeitung von

Extremsituationen sein kann. Diese Teams helfen, unbewusste Ängste und daraus abgeleitete Phantasien dadurch zu entschärfen, dass sie ins Bewusstsein geholt werden. Dazu werden besonders Seelsorger und Mitarbeiterinnen der Sozialdienste in den Krankenhäusern geschult. Diese durch die Stiftung zu schulenden Ansprechpartner zeichnen sich aus durch Sachkompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen. Sie besitzen aber vor allem auch die Kompetenz, die Eltern Behinderter über die ersten Jahre zu begleiten.

Dabei wollen wir ein Leben mit einem behinderten Kind nicht verherrlichen. Aber die weitverbreitete, apodiktische Annahme, ein „behindertes Kind verursache eine behinderte oder gefährdete Familie“ ist nach dem heutigen Forschungsstand nicht haltbar. Ein Forschungsprojekt der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg deutet vielmehr in eine ganz andere Richtung: In subjektiven Selbstaussagen gaben 50 % der befragten Eltern an, „ihr Leben heute als sinnerfüllter“ zu empfinden als vor der Geburt ihres Kindes mit Down-Syndrom. 44 % der Befragten stellten nach der Geburt ihres Kindes keine Veränderung hinsichtlich der Sinnerfüllung ihres Lebens fest. Mit den Begriffen „bereichernd und auch erschwerend“ beschreiben 44 % der befragten Eltern ihre Lebenssituation.

In vielen Einrichtungen wachsen schwerstbehinderte Kinder aus ihren Betten. Niemand hatte damit gerechnet, dass sie so alt werden. Eine heilsame Umgebung lässt sie wachsen, auch in scheinbar aussichtsloser Lage. Beziehung stiftet Leben! Wir sind auf die Behinderten angewiesen, um die eigenen Grenzen zu entdecken und dazu zu stehen. Wir können von ihnen lernen, was wir alles lernen können. In einer Leistungsgesellschaft sind sie ein Zeichen der Hoffnung, dass nicht allein die Leistung zählt.

Diese Gedanken finden sich auch im Hirtenbrief von Bischof Franz Kamphaus, Limburg,



zur österlichen Bußzeit 2002. Sie widersprechen neuesten Gerichtsurteilen (sogar im Bundesgerichtshof in Karlsruhe), worin die Geburt eines behinderten Kindes als Schadensfall anerkannt wird. „Wenn der Mensch zum Schadensfall wird“, so betitelt „Christ in der Gegenwart“ (Nr. 27, 7.7.2002, S. 219) den Bericht über diesen Vorgang in Deutschland. Ein ähnliches Urteil in Frankreich war dem 2001 schon vorausgegangen; die Angleichung europäischen Rechts kann sich auf diesem Feld sehr schädlich auswirken. Wer je mit Behinderten zu tun hatte, kann doch nicht im Ernst behaupten, ein behinderter Mensch habe ein Recht darauf gehabt, nicht geboren, sondern vor der Geburt getötet zu werden.

Was tun, wenn Hilfe punktuell bleiben muss? Wir können die gesellschaftlichen Entwicklungen nicht verhindern. Unsere Schwestern konnten auch Kinderarbeit, Massenelend und Epidemien im 19. Jahrhundert nicht verhindern. Aber sie konnten Einzelnen helfen, Initiativen setzen, Menschen befähigen, an der je eigenen Stelle Veränderungen zu bewirken. So ist letztlich doch in Fabriken der Einsatz von Kindern verschwunden (zumindest in den westlichen Industrieländern), so konnten auch Mädchen Schulen und Universitäten besuchen und ihren Beitrag zur Vermenschlichung der Gesellschaft leisten, so wurden durch persönlichen Einsatz vieler Einzelner Epidemien besiegt und ein Gesundheits- und Sozialwesen in Europa, besonders in Deutschland aufgebaut, das einmal vorbildlich war.


Es bleibt vieles zu tun, auch im 21. Jahrhundert. Die Katharina Kasper-Stiftung ist eine Unternehmung, die Vernetzung und Zusammenarbeit mit vielen Menschen guten Willens sucht und will. Wir leben nicht in einer „schönen neuen Welt“, wie Aldous Huxley und viele Utopisten sie entwarfen. Zu unserer realen Welt gehören Begrenzungen, Behinderungen, Leid und auch Schuld.

Ich möchte am Ende noch einmal Bischof Kamphaus zitieren, der im Kuratorium der Katharina Kasper-Stiftung mitarbeitet und ihre Gründung von Anfang an gefördert und begleitet hat. Er schreibt in seinem genannten Hirtenbrief:

„Nicht körperliche oder geistige Beeinträchtigungen als solche, sondern deren soziale Folgen, die Reaktion der Anderen lassen behinderte Menschen in erster Linie an ihrem Leben verzweifeln. Behindert wird man nicht allein durch eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, sondern durch eine behinderte Gesellschaft, die die eigene Behinderung nicht wahrhaben will.“

Ein in seiner eigenen Familie betroffener Journalist schrieb vor kurzem (in DIE ZEIT): ‘Vor drei Jahren kam meine Tochter Karolina auf die Welt – Karolina hat das Down-Syndrom... Mit diesem Problem mussten wir zunächst lernen umzugehen. Konfrontiert wurden wir auch mit den Reaktionen der Umwelt. Häufige Fragen von Bekannten und Freunden: Konntet ihr das nicht verhindern? Ehrlich, ich weiß nicht, wie wir entschieden hätten, wäre uns der Befund vor der Geburt bekannt gewesen. Mit meinem heutigen Wissen würde ich mich klar gegen eine Abtreibung eines Kindes mit Trisomie 21 aussprechen. Karolina, ein dreijähriges, glückliches Mädchen mit Down-Syndrom, meine Tochter: lieb, laut, lustig. Ihr kleines Leben ist nicht die Hölle – auch wenn es unwissende Zeitgenossen nicht glauben mögen. Die Hölle ist, wenn Ärzte in den Kliniken nicht in der Lage sind, geschockte Eltern eines neugeborenen behinderten Babys einfühlsam aufzuklären. Die Hölle ist, wenn die Menschen auf der Straße nur glotzen, sich nicht trauen zu fragen. Unwissenheit, Ignoranz und Intoleranz sind es, die ein Leben mit Behinderung zur Hölle machen können.’

Der evangelische Pfarrer Ulrich Bach, seit dem 23. Lebensjahr an den Rollstuhl ge-



fesselt, sagt: 'Eine Gemeinde ohne Behinderung ist eine behinderte Gemeinde'. Sie hat nicht begriffen, was sie nach Gottes Willen in dieser Welt sein soll: Nicht nur eine Gemeinde von gesunden, glaubensstarken und belastbaren Leuten, die sich einsetzen für die Armen, Schwachen und Behinderten. Sie soll vielmehr eine Gemeinschaft von Menschen sein, von denen keiner ganz schwach und keiner ganz stark ist, keiner nur behindert und keiner ganz unbehindert; eine Gemeinschaft von Menschen, die Jesus an seinem Tisch zusammengebracht hat und beieinander hält, damit sie sich mit ihren Stärken und Schwächen ergänzen, einer die Last des anderen trägt, mit der Schulter, die er gerade frei hat. 'Was wir können und was wir nicht können, das alles gehört uns gemeinsam. Und für uns miteinander wird's schon reichen.'"

Ein ursprünglich englisches Sprichwort begleitet mich seit vielen Jahren: „Was wert ist, getan zu werden, ist wert, auch unvollkommen getan zu werden“. Da wird nicht der Unvollkommenheit an sich das Wort geredet. Ich verstehe die Volksweisheit so, dass auch der Versuch mit begrenzten Mitteln besser ist als Nichtstun. So wollen wir mit der Katharina-Kasper-Stiftung dem Leben dienen – begrenzt, punktuell, auf Ergänzung und Zusammenarbeit angewiesen. In aller Begrenztheit bleibt es ein Dienst für den Gott des Lebens.