

# Medizin und Ideologie

Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion

## Editorial

### Die Grenzen des Machbaren

#### Am Beispiel von Hirntod und Organtransplantation

Die Menschen der führenden Industrienationen leben seit Kriegsende 1945 in einer immer mehr vertechnisierten Umwelt. Die gewaltigen theoretischen Fortschritte auf allen Gebieten der Naturwissenschaften, auch der Medizin und Biologie, führten in ihrer praktischen Umsetzung zu einer von der Technik beherrschten Gesellschaft. In neuester Zeit verändert zunehmend die Bio- und Gentechnik den gesamten Lebensraum der Menschen. Es besteht sogar die Gefahr, daß die Bio- und Gentechnik den Menschen selbst verändert, sein Erbgut, sein Erscheinungsbild, seine ihm auferlegten Beschränkungen, seine Möglichkeiten und Fähigkeiten. Und dabei sind nur wenige Jahre verstrichen, seit die gelungene Kernspaltung eine Revolution in der Energiegewinnung, aber auch in den Vernichtungsmöglichkeiten allen Lebens auslöste.

Alles scheint dem Menschen machbar zu sein. Grenzen gibt es scheinbar keine mehr. Sie werden nicht gesehen. Und man will sie nicht akzeptieren.

Denn der Mensch fühlt sich übermächtig. Ihm scheint alles zu gelingen. Seit dem geglückten Mondflug ist der Mensch sich sicher, dass er vieles, ja fast alles kann. Selbstbeschränkung kennt er nicht mehr. Der Mensch wäre sogar fähig, sich selbst und die ganze Welt zu zerstören. Doch darf er das, darf er alles, was er kann? Der Mensch von heute muss wieder lernen, "der Versuchung des verbotenen Baumes" zu widerstehen!

Doch gerade, was Ethik und Moral betrifft, ist beim modernen Menschen ein großes Defizit zu erkennen. Ethik und Moral hielten mit dem Fortschritt der Naturwissenschaften und ihren technischen Möglichkeiten nicht Schritt. Es entstand eine immer weiter sich öffnende Schere zwischen Ethik und dem praktizierten Entwicklungsstand in Physik, in der Biologie und auch der Medizin. Aber gerade in der Gentechnik, in den neuesten medizinischen Möglichkeiten stellt sich die Frage nach dem Recht des Menschen, ob und in wieweit er diese Möglichkeiten nutzen darf.

## Inhaltsverzeichnis:

Editorial	Dr. Alfred Häußler	1
Hirntod u. Organtransplantation	Prof. Dr. Probst	4
Todeszeitpunkt des Menschen	Prof. Dr. Beck	14
Hirntod u. Organtransplan.	Prof. Dr. Günthör	19
Ist der sog. "Hirntod"...	Prof. Dr. Balkenohl	21
Zur ethischen Beurteilung...	Prof. H. Seidl	27
Organspender muß einwilligen	H. Tröndle	31
Hirntod und Organspende	K. Lenzen	32

Leichen bekommen kein Fieber	E. Schmidt-Jorzig, E. von Klaeden	35
Moderne Justiz!	Dr. S. Ernst	37
Ist die Zwangsmitgliedschaft...	Dr. S. Ernst	38
Sterbebegleitung	Dr. K. Gunning	42
Dankwort	Pater Beda Müller	44
Moderner Kindermord	H. Bäumer	47
Wenn die Scham verlorengelht	H. Schmoll	51
Die sanfte Verführung...	Christa Meves	53

## **Die Grenzen für medizinisches**

### **Handeln**

Dem Menschen sind Grenzen gesetzt zu seinem eigenen Nutzen und Wohlergehen, zum Schutz und Erhalt seines Lebens und des Lebens seiner Mitmenschen. "Doch vom Baum der Erkenntnis von Gut und Böse darfst du nicht essen; denn sobald du davon isst, wirst du sterben" (Genesis 2,17). Darum sind dem Menschen im Dekalog Verhaltensregeln geboten: "Du sollst nicht töten" (Exodus 20,13) und im 2. Buch Mose heißt es weiter: "Wer unschuldig und im Recht ist, den bring nicht um sein Leben" (Exodus 23,6). Deshalb mahnte auch Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), der Arzt Goethes, Schillers, Wielands und Herders: "Wenn der Arzt sich zum Richter über Leben und Tod aufschwingt, wird er zum gefährlichsten Mann im Staat". Und nach den Erfahrungen in der nationalsozialistischen Diktatur gab sich deshalb das Deutsche Volk am 23. Mai 1949 das Grundgesetz, die neue Verfassung für die Bundesrepublik Deutschland, in der es heißt in Artikel 1: "Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt". Danach steht in Artikel 2, Absatz 2: "Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit".

### **Die Maxime für ärztliches Handeln**

In Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben ist dem Arzt als nie zu verletzende Pflicht aufgetragen: Das Leben des Menschen, jedes Menschen zu erhalten, zu schützen und zu bewahren sowie im Krankheitsfall mit allen Mitteln zu heilen. Das "Nil nocere" und das "Salus aegroti suprema lex" müssen Grundsatz allen ärztlichen Handelns sein und bleiben. In Bezug auf unsere vorgesezte Fragestellung "Grenzen des Machbaren am Beispiel von Hirntod und Organtransplantation" heißt das: Der Mensch, auch der sterbende Mensch, der bewußtlose Mensch, der Mensch im Koma ist kein Ersatzteillager für beliebige Ex- und Transplantationen von lebenswichtigen Organen. Dem Menschen können und dürfen ohne sein Wissen und ohne seine Zustimmung keine Organe entnommen werden, niemals ohne seine schon bei Lebzeiten erfolgte und festgelegte Einwilligung bei vollem Bewußtsein und völlig freiem Willen und auch nicht allein auf Zustimmung nur seiner Angehörigen. Und kein Mensch hat Anspruch und ein Anrecht auf Organe eines anderen Menschen.

### **Die Würde der menschlichen Person**

Dem Buch "Medizin in Bewegung" von Richard Siebeck, dem langjährigen Leiter der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg entnehme ich: "Die Würde des Menschen besteht darin, dass sein Leben einen Sinn hat. Dieser Sinn ist die Freiheit und das Heil, zu denen er berufen ist. Auf ihm beruht, was wir als menschliche Person in ihrem dreifachen leiblich-seelisch-geistigen Aspekt erleben". Das Wesen des Menschen ist also ganz primär davon bestimmt, dass der Mensch im Unterschied zum Tier eine Seele hat. Der Mensch besteht nicht nur aus Körper und Geist, er besitzt

nicht nur Organe, die man ex- und transplantieren kann, und ein Gehirn als Sitz des Geistes, des Gedächtnisses und der Wahrnehmung aller Sinnesindrücke und ihrer reaktiven Verarbeitung, er besitzt auch eine Seele, deren Verlassen des menschlichen Körpers erst den Exitus letalis ausmacht. Bis zu diesem Zeitpunkt ist der Mensch auch nach dem Hirntod noch kein Leichnam, sondern nur ein Sterbender. Dabei ist unter dem Hirntod der totale Hirntod gemeint, also auch der Tod des Hirnstammes mit den lebenswichtigen Zentren für Herz- und Kreislaufregulation, für die Atmungsregulation usw. Der totale Hirntod ist demnach bestenfalls der Beginn des Sterbeprozesses, er ist der Anfang, aber nicht das Ende des Sterbens.

### **Die Schwierigkeit der Diagnose- und Prognosestellung**

Auch für den Neurochirurgen, der in seiner täglichen Arbeit ständig am lebenden Gehirn des Menschen operiert, der wie kein Anderer sich in allen Teilen des kompliziertesten aller menschlichen Organe auskennt, dürfte es immer wieder mit Schwierigkeiten verbunden sein, den Gesamttod des menschlichen Gehirns festzustellen. Noch schwerer aber wird es sein, eine sichere Prognose zu stellen. Denn nirgendwo täuscht man sich als Arzt mehr und immer wieder und dann noch so gravierend, wie dann, wenn man Prognosen stellt. Auf diesem Gebiet kommt wirklich oftmals immer alles anders als man denkt. Deshalb sollten nicht nur ein Neurochirurg oder Neurologe, sondern immer mindestens zwei ganz erfahrene und in der Praxis bewährte Neurochirurgen oder Neurologen als Gutachter zur Klärung der Diagnose Gesamttod des Gehirnes zugelassen sein.

### **Die Grenzen des Selbstbestimmungsrechtes des Menschen**

Der Mensch besitzt kein Recht, über das Leben eines anderen Menschen zu verfügen. Es ist vielmehr seine Pflicht, das Leben eines jeden Mitmenschen mit allen seinen Kräften zu erhalten, zu fördern und im Notfall zu unterstützen und auch zu verteidigen. Der Mensch hat aber auch kein Recht, sein eigenes Leben zu beenden, auch nicht im Krankheitsfall und ebenso nicht bei noch so schweren Behinderungen. Euthanasie, in welcher Form auch immer, ist nicht der Würde des Menschen entsprechend und in jedem Fall ein schwerer Verstoß gegen die sittliche Ordnung. Wenn auch das Leben des Menschen ein hohes Gut ist, was keinerlei Verletzung rechtfertigt, so ist es dem Menschen dennoch gestattet, auch sein eigenes Leben für ein noch höheres Gut einzusetzen und unter Umständen auch zu opfern. Dies tat der polnische Franziskaner Maximilian Kolbe, der freiwillig und in vollem Bewußtsein in Auschwitz für einen Familienvater in den Todesbunker ging und sein Leben für das Weiterleben des Familienvaters opferte. Für diese heroische Tat hat die Katholische Kirche Maximilian Kolbe heilig gesprochen.

## Das Recht des Menschen zur Opferung seines Lebens für ein noch höheres Gut

Die Männer des deutschen Widerstandes gegen die Diktatur Adolf Hitlers waren allesamt bereit, ihr Leben zu opfern für das hohe Ziel der Befreiung des deutschen Volkes vom Unrechtssystem des Nationalsozialismus. Sie opferten ihr Leben aber auch für das Lebensrecht und die Freiheit so vieler verfolgter, misshandelter, entrechteter und unterdrückter Menschen.

Von Joseph Rován in seiner "Geschichte der Deutschen" weiß man, "dass zwischen 1933 und 1945 über hunderttausend Personen von Zivil- und Militärgerichten aus politischen oder vergleichbaren Gründen zum Tode verurteilt und tatsächlich hingerichtet wurden". Stellvertretend für die vielen Opfer des Widerstandes sei hier nur an Eugen Bolz, den früheren Staatspräsidenten von Württemberg erinnert. 1919 Justizminister in Württemberg, 1923 Innenminister war er von 1928 - 1933 Staatspräsident von Württemberg und stand damit an der Spitze der württembergischen Regierung. Gleich nach der Machtergreifung Adolf Hitlers wurde er auf die Festung Hohen Asperg gebracht und dort interniert. Wohl wissend um seine Gefährdung und in vollem Bewußtsein der Gefahren für sein Leben setzte er dieses im konspirativen Widerstand mit dem führenden Kopf der Widerstandsbewegung dem früheren Oberbürgermeister von Leipzig Carl-Friedrich Goerdeler ein, um

Deutschland und seine Menschen, aber auch alle unterdrückten Nachbarvölker vom Nationalsozialismus zu befreien. Wie Goerdeler und so viele andere wurde Eugen Bolz nach dem 20. Juli 1944 festgenommen und hingerichtet. Er war als Minister in einer Regierung Goerdelers vorgesehen und opferte bewußt sein Leben für die Befreiung eines ganzen Volkes von einer verbrecherischen Diktatur. Alle Beispiele aus dem deutschen Widerstand sind ein Zeichen dafür, dass der Mensch durchaus das Recht hat, sein eigenes Leben für höherwertige Ziele zu opfern.

So ist nach meiner persönlichen Meinung auch Organspende bei Einzelorganen wie Herz, Lungen, Leber und Bauchspeicheldrüse (die Nieren als Doppelorgane sind davon ausgenommen) sittlich nur dann gerechtfertigt, wenn die völlig frei vollzogene und voll bewußte Zustimmung des Organspenders schon zu seinen Lebzeiten vorliegt und auch dann erst, wenn einwandfrei feststeht, dass das Gesamthirn zweifelsfrei abgestorben ist, die Atmungs-, Herz- und Kreislauffunktion nur noch maschinell aufrecht erhalten werden kann und beim Abschalten der Geräte der Herz-, Kreislauf- und Atemstillstand sofort eintreten würde. Zu einem Lebenserhalt nur mit Maschinen, der als solcher fragwürdig ist, ist der Mensch aber nicht verpflichtet. Vor jeder erweiterten Zustimmungslösung muss ausdrücklich gewarnt werden. Sie wäre eine Fremdbestimmung über den Menschen und sein Lebensrecht und ein Schritt hin zur Euthanasie.

Alfred Häußler

## Kasuistischer Fall

Zur Herzplantation vorgeschlagen von der Kardiologischen Abteilung der Universitätskinderklinik Heidelberg:

Thomas, geboren am 27.7.1982, ältestes Kind von drei Kindern einer früheren Mitarbeiterin von mir, kam mit einer Transposition der großen Gefäße zur Welt. Dabei entspringt die Aorta vorne aus dem rechten Ventrikel, die Pulmonalis hinten aus dem linken Ventrikel. Zusätzlich bestand eine Pulmonalstenose, die im September 1990 operativ gebessert wurde.

Das Krankheitsbild hat eine schlechte Prognose mit kurzer Lebenserwartung. Etwa 85% der Fälle sterben bereits in den ersten 6 Lebensmonaten. Nur ein zusätzlich bestehender Septumdefekt konnte bei Thomas sein Leben verlängern. Dieser Septumdefekt hat sich inzwischen ohne operativen Eingriff geschlossen. Es besteht jetzt eine korrigierte Transposition und damit eine wesentliche Verschlechterung der bestehenden Herzinsuffizienz.

Außerdem leidet Thomas an einem WPW-Syndrom mit häufigen Anfällen von Tachykardien. Zweimal waren Reanimationen erforderlich und erfolgreich. Trotzdem ist der Zustand von Thomas infaust. Die Prognose ist ganz schlecht. Mit einem baldigen Tod des noch nicht ganz 15-Jährigen muß gerechnet werden.

Thomas will leben! Seine Eltern wollen ihn nicht verlieren! Deshalb schlug die Klinik eine Herztransplantation vor. Zu dieser sind die Eltern und Thomas einverstanden und bereit. Beide gaben die Erlaubnis, daß der Krankheitsfall von Thomas in "Medizin und Ideologie" veröffentlicht werden darf.

Thomas ist inzwischen als besonders dringender Fall in die Empfängerliste aufgenommen. Er muß bei Tag und Nacht sich zur Transplantation in Rufbereitschaft halten.

Dr. med. Alfred Häußler

# Hirntod und Organtransplantation

## Medizinische Fakten - Ethische Fragen

Seit der entsprechenden Publikation des Harvard-Teams 1968<sup>1</sup> hat die Diagnose "Hirntod" weltweit vermehrt Bedeutung und Beachtung erlangt und zwar im Zusammenhang mit der Entnahme von lebenswichtigen Organen für die Transplantation. Die entscheidende Frage lautet: Ist Hirntod gleichzusetzen mit dem Tod des Menschen? Dürfen in diesem Zustand auch lebenswichtige Organe, beispielsweise Herz, Leber u.a. entnommen werden?

### 1. Zur Definition

Hirntod bedeutet irreversibler Ausfall der wichtigsten Hirnfunktionen, vor allem auch derjenigen des Hirnstammes. Es sind somit vorerst die Funktionen betroffen; eine allgemeine und totale Zellnekrose tritt erst später ein. Ausserdem handelt es sich um einen örtlich und zeitlich dissoziierten Vorgang, indem beispielsweise endokrine Restfunktionen im Bereich von Hypophyse-Hypothalamus beim Hirntoten eine Zeitlang erhalten bleiben.

### 2. Diagnose "Hirntod"

Die Diagnose "Hirntod" stützt sich auf klinische Symptome, wenn nötig auf ergänzende Untersuchungen sowie auf Befunde, die für eine definitive, irreversible Schädigung sprechen. Wir stützen uns nachfolgend vor allem auf die neuesten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, angenommen vom Senat am 13. Juni 1996.<sup>2</sup>

#### 1. Klinische Symptome

Diese genügen in der Mehrzahl der Fälle, und die darauf beruhende Diagnosestellung ist auch in kleineren Spitälern möglich.

#### a) Tiefe Bewusstlosigkeit

Adäquate Reaktionen auf Schmerz, wie beispielsweise Öffnen der Augen, gezielte Abwehrbewegungen fehlen. Die tiefe Bewusstlosigkeit ist Ausdruck eines Funktionsausfalles im retikulären System des Hirnstammes (Wachsamkeit, Aufmerksamkeit). Bei ca. 60 % der Hirntoten finden sich noch 2-3 Tage lang reflektorische Bewegungen oder auch ein Blutdruckanstieg auf Schmerz und Berührung, weil das vom Gehirn abgekoppelte Rückenmark noch weiter durchblutet wird ("Lazaruszeichen"). Typisches Beispiel: Extension und Pronation des Armes von C8 - Th12 aus,<sup>3</sup> oder auch Flexion von Armen und Beinen.

#### b) Keine Spontanatmung

Bei Schädigung der Medulla oblongata (z.B. Compressio cerebri mit Massenschiebung und infratentorieller Kleinhirnhernie) kommt es meistens zuerst zu einem Atemstillstand bei noch erhaltener Herzaktion.

Das Fehlen der Spontanatmung muss durch einen Apnoetest (siehe 2) belegt werden, dies frühestens nach sechs Stunden Beobachtungszeit. Voraussetzung ist eine erhaltene neuromuskuläre Funktion (Cave: Muskelrelaxantien). Beim Apnoetest wird die Verbindung zum Respirator unterbrochen; die Oxygenation erfolgt durch Diffusion.

c) Fehlen wichtiger Hirnstammreflexe, die Regionen vom Mittelhirn bis zur Medulla oblongata abdeckend, wo die Schaltstellen der entsprechenden Reflexbogen liegen.

---

### Beispiele:

Klinik	Afferenz	Efferenz	Lokalisation
Pupillen bds weit, absolute Lichtstarre	N. opticus (II)	N. oculomotorius (III)	Mesencephalon (Mittelhirn)
Cornealreflex	N. trigeminus 1. Ast (V1)	N. facialis (VII)	Pons (Brücke)
Zervikookulärer (Z) und vestibulookulärer (V) Reflex	N. vestibularis (Labyrinth) (VIII)	Via HLB zu Augenmuskelnkernen und Blickzentren des Hirnstammes	Med. oblongata (verlängertes Mark) Pons Mesencephalon

---

ad Z und V: Gegenläufige Augenbewegungen bei passiver Kopffrotation - nur prüfbar nach Ausschluss eines HWS-Traumas - bzw. kalorisch (Eiswasser im Gehörgang).

Auch Husten-, Schluck- und Würgreflexe fehlen.

d) Weitere klinische Aspekte  
Wesentlich ist somit, wie dies v.a. in England und Australien betont wird, *der Hirnstamm*. Beim tief Bewusstlosen ist klinisch nur noch der Hirnstamm beurteilbar, denn: Wenn dieser ausfällt, kann die Grosshirnrinde ihre Erinnerungsfelder auch dann nicht zur Geltung bringen, wenn sie noch teilweise intakt ist. Der Inhalt hat kein Gefäss mehr. Wird ein Hirntoter weiterhin künstlich beatmet und medizinisch betreut, schlägt das *Herz* vorerst eine Zeitlang weiter. Dasselbe gilt von gewissen endokrinen Funktionen, von Nieren, Magen-Darm. Selbst eine Schwangerschaft kann normal weitergehen.

## 2. Ergänzende Untersuchungen

a) Elektroenzephalogramm (EEG) und evozierte Potentiale (EP), akustisch, somatosensorisch und visuell

Meistens findet sich ein Null-Linien-EEG. Erhaltene Aktivität ist möglich bei primärem Hirnstammausfall (z.B. Blutung) mit den klinischen Zeichen des Hirntodes.

Spezielle Probleme stellen sich bei Verdacht auf vorwiegend *motorische Panplegie* durch Polyneuritis-Radiculitis im Bereich von Hirnnerven und spinalen Wurzeln - beispielsweise infolge einer Mycoplasma-Infektion. Die klinische Entwicklung erfolgt oft aus einem Guillain-Barré Syndrom heraus, manchmal, aber nicht immer, bis hin zum klinisch hirntodähnlichen Vollbild. Die teilweise erhaltene Sensorik/Sensibilität ist klinisch nicht mehr prüfbar wegen der motorischen Ausfälle. Das EEG ist normal oder weist auf eine Begleitenzephalitis hin - es findet sich aber keine Null-Linie. Auch die EP's sind erhalten.

b) Stop der zerebralen Blutzirkulation: Nachweismethoden

Das Gehirn hat die grösste Empfindlichkeit auf Sauerstoffmangel. Ein totaler Unterbruch der Blutzufuhr während 8-10 Minuten bewirkt einen irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen, auch bei Jugendlichen.

Ein Stop der zerebralen Blutzirkulation kann sichtbar gemacht werden durch: Transkranielle Dopplersonographie, Magnetresonanz-Angiographie, Angio-Computertomographie und Isotopenangiographie (Single Photon Emissions-CT, Positronen Emissions Tomographie).

### Angiographie

Die sicherste Methode ist die Kontrastmitteldarstellung der Blutgefässe im Vier-Gefäss-Angiogramm.

Eine Angiographie ist *nötig*:

- Bei Patienten, die bereits intubiert-relaxiert sind.
- Bei schweren Gesichtsschädelverletzungen.

Hier sind die Hirnstammreflexe nicht beurteilbar, was auch für die vorwiegend motorische Panplegie gilt. - Die Angiographie erlaubt manchmal eine Abkürzung der Beobachtungszeit.

### Befunde:

Bei klinisch Hirntoten ist die Blutzufuhr zum Gehirn meistens an der Schädelbasis unterbrochen, infolge Erhöhung des intrakraniellen Druckes (ICP). Somit findet sich keine Anfärbung von Arterien und

Venen supra- und infratentoriell. Selten zeigt sich aber eine normale zerebrale Durchblutung, beispielsweise bei Patienten mit nach aussen offenen Hirnverletzungen (Entlastung).

- Der Nachweis eines Stillstands der intrazerebralen Zirkulation ist nur möglich, wenn der *System-Blutdruck* (BD) normal ist. Ein Pseudostop im Angiogramm ist möglich durch Blutdruckabfall bei der Kontrastmittelinjektion aortozervikal (BD momentan tiefer als ICP).

## 3. Beurteilung der Irreversibilität

Zur Beurteilung sind *notwendig*:

a) Berücksichtigung der *Ursache*, insbesondere Ausschluss von Hypothermie, metabolischen Störungen und Intoxikationen sowie einer schweren Hypotension. Die Diagnose "Hirntod" ist klinisch nicht möglich bei einer Körpertemperatur von weniger als 34 Grad.

b) Klinische Symptome und eventuelle ergänzende Befunde müssen *andauern*, mit entsprechend wiederholten Untersuchungen. Für Fälle mit bekannter Koma-Ursache, gelten folgende *Beobachtungszeiten*: Erwachsene 6 Stunden, Kinder weniger als 5 Jahre alt 24 Stunden. Kinder haben eine grössere Erholungskapazität. Bei unbekannter Koma-Ursache, insbesondere bei der Möglichkeit von toxisch-metabolischen Faktoren, gilt für alle eine Beobachtungsdauer von 48 Stunden.

Die Diagnose Hirntod darf nur gestellt werden, wenn *alle Kriterien* für Irreversibilität erfüllt sind. Erst dann dürfen Organe entnommen werden.

c) Zuständigkeit

Gemäss Vorschrift der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften<sup>2</sup> gilt: Die erste Beurteilung zur *Feststellung des Hirntodes* darf durch den betreuenden Arzt erfolgen, wenn er gewisse, klar umschriebene Voraussetzungen erfüllt, z.B. Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Anästhesie u.a. Die weitere Beurteilung muss ein unabhängiger Begutachter durchführen, Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie. Ärzte, die dem Transplantationsteam angehören, dürfen bei der Feststellung des Hirntodes nicht mitwirken und die betreuenden Kollegen in keiner Weise beeinflussen.

## 3. Was bedeutet die Diagnose "Hirntod" für den Betroffenen?

Bei korrekter Diagnose, d.h.

- bei entsprechenden klinischen und eventuell ergänzenden Untersuchungsbefunden sowie
- beim Nachweis aller Kriterien, die für eine irreversible Schädigung sprechen,

ist die Lage des Patienten auf Grund des heutigen Wissens *aussichtslos*. Eine Reanimation ist sicher nicht mehr möglich. Gegenteilige Behauptungen<sup>45</sup> sind falsch. Sie beruhen oft auf ungenügender und fehlerhafter Diagnostik.

Bei einem Hirntoten kommt es nach Absetzen der künstlichen Beatmung zwangsläufig, d.h. meistens innerhalb weniger Minuten zum Herzstillstand. Werden künstliche Beatmung und andere unter-

stützende medikamentöse Massnahmen weitergeführt, kommt es schliesslich auch zum Herzstillstand, oft innerhalb von 1 - 3 Wochen. Gelegentlich aber bleiben Herz-Kreislauf-Funktionen länger erhalten; mehrere Wochen oder gar Monate (201 Tage in einem Fall).<sup>6</sup>

Hirntod bedeutet eine von Menschen geschaffene Situation, künstlich manipuliert auf Grund technischer Möglichkeiten wie die künstliche Beatmung. Dadurch können einige biologische Teilfunktionen (z.B. Herzaktion) eine Zeitlang aufrechterhalten werden, wobei diese aber nicht mehr übergeordnet im Rahmen des Gesamtorganismus koordiniert sind. Für mich gibt es keinen Zweifel, dass ein Hirntoter aus dem Leben bereits irreversibel abgerufen ist.

#### 4. Hirntod und klinischer Tod

Im weitesten Sinne spricht man vom *Zustandsbild des klinischen Todes*, wenn bei einem Patienten Atmung, Herzaktion und Gehirnfunktionen ausgefallen sind. Diese Symptome können akut eintreten, etwa bei einem Herzstillstand nach Infarkt. In diesem Fall kann eine sofortige Reanimation erfolgreich sein. Bei Andauern wird der Zustand irreversibel, und es entwickeln sich die bekannten sicheren Todeszeichen, wie Leichenstarre, Totenflecken. Beim *Hirntoten* schlägt zwar das Herz noch, aber eine Reanimation ist in jedem Fall ausgeschlossen.

#### 5. Hirntod und Tod des Menschen

##### Organexplantation bei Hirntoten: moralische und rechtliche Aspekte, mit einer Stellungnahme des Katholischen Lehramtes.

##### 1. Zum Zeitpunkt des menschlichen Todes

Es stellt sich nun, gerade im Hinblick auf die Entnahme von lebenswichtigen Organen, die Frage: *Ist ein Hirntoter auch tot im metaphysischen Sinne?* Als Christen nehmen wir an, dass beim Tod die unsterbliche Seele sich vom vergänglichen Leib trennt. Dieser Vorgang ist *empirisch nicht feststellbar*. Wir können daher den *genauen Zeitpunkt des Todes* im metaphysischen Sinne nicht erkennen und *nicht festlegen*.

Also müssen wir sagen: Es ist nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen, dass wir durch die Organentnahme den metaphysischen Vorgang beim Tod beschleunigen. Beweisen können wir dies aber nicht. Analoges gilt vom Satz "Hirntod ist identisch mit dem Tod des Menschen", wobei allerdings diese letztere Ansicht m.E. sehr wahrscheinlich richtig ist.

Was meint das *kirchliche Lehramt*, die *Glaubenskongregation*, zu dieser Frage? Dazu habe ich ein ausführliches Schreiben von Msgr. Dr. J. Clemens erhalten, im Auftrag von Joseph Kardinal Ratzinger.<sup>7</sup>

In diesem *Schreiben vom 19.10.1996* wird vorerst auf den *Katechismus* der katholischen Kirche<sup>8</sup> hingewiesen, wo unter Nr. 2296 u.a. steht: "Die Invaliderität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, ist selbst dann sittlich unzulässig, wenn es dazu dient den Tod anderer Menschen hinauszuzögern."

Dann schreibt Msgr. Clemens:

"Die schwierigste Frage in diesem Zusammenhang ist, wie der eingetretene Tod (Trennung von Leib und Seele) verifizierbar ist. Dazu gibt es von Seiten des Lehramtes keine Stellungnahme, da es sich um ein empirisches Problem handelt, das von der Wissenschaft zu lösen ist. Die von den meisten Fachleuten vertretene Auffassung lautet, dass der mit Sicherheit eingetretene Ganztod des gesamten Gehirnes (also auch des Hirnstammes) ein sicheres Kriterium für den schon erfolgten Tod des Menschen ist. Wenn nämlich das gesamte Gehirn abgestorben ist, sind die verschiedenen Funktionen des menschlichen Organismus nicht mehr miteinander verbunden; es fehlt ihnen das einende Prinzip, die Seele. Diese Auffassung hat vieles für sich und wird von zahlreichen katholischen Gelehrten vertreten. Eine kleine Gruppe von Experten äussert sich freilich nach wie vor sehr kritisch zur Gleichsetzung von Hirntod und Tod. Die Diskussion darüber wird deshalb ohne Zweifel weitergehen."

Wir sehen: Die Glaubenskongregation äussert sich nicht direkt; sie hat aber durchaus Verständnis für die überwiegende Meinung, wonach *Hirntod* mit dem *Tod des Menschen* übereinstimme. Übrigens: Der überwiegenden Mehrzahl von Theologen, die mir bekannt sind, genügt die hohe Wahrscheinlichkeit dieser Aussage, ohne dass eine absolute Sicherheit postuliert wird. Es gibt aber einzelne Ausnahmen.

Auf Seiten des Lehramtes hofft man nun, dass schliesslich von *empirisch-wissenschaftlicher* Seite her die Trennung von Leib und Seele eindeutiger erkannt werden könne, ja, man spricht hier ausdrücklich von einem empirischen Problem. Diese Hoffnung hat auch Papst Johannes Paul II. in seiner Ansprache vom 14.12.1989 an die Päpstliche Akademie der Wissenschaften ausgedrückt, mit dem Wunsch, den Augenblick des Todes so genau als möglich festzustellen, wegen der schwerwiegenden Folgen auf praktischer Ebene, wobei er im Zusammenhang mit der Organentnahme von einem tragischen Dilemma sprach.<sup>9</sup> Schon Papst Pius XII. hatte gesagt, Feststellung und Diagnose des Todes sei Sache der Medizin, nicht der Kirche. Persönlich bin ich allerdings, wie gesagt, sehr skeptisch: Der genaue Zeitpunkt der Trennung von Leib und Seele dürfte auch weiterhin *empirisch nicht fassbar* bleiben. Damit haben wir uns abzufinden.

##### 2. Die Bedeutung der Zustimmung

Dazu ein weiterer, *entscheidend wichtiger Hinweis* aus dem Brief von Msgr. Clemens:

"Der Organspender bzw. der für ihn Verantwortliche muss um die vorgesehene Transplantation wissen und seine Zustimmung geben; auch der Empfänger soll von der geplanten Organübertragung und den damit eventuell verbundenen Problemen wissen."

Wenn die *Zustimmung* vorliegt, liegt die Verantwortung für den Akt der Organentnahme nicht allein beim Arzt, und fernab von rein irdischem Nützlichkeitsdenken, dürfen Überlegungen ins Feld geführt werden, wie sie etwa Prof. H. Dobiosch von der Theologischen Hochschule Chur im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin macht:<sup>10</sup> "Um einem anderen zu helfen und ihn zu retten,

darf ich zwar mein ewiges Heil nicht aufs Spiel setzen. Ich bin aber gehalten für das Interesse der Mitmenschen materielle Güter, unter Umständen bis zum höchsten Gut, meinem Leben, einzusetzen." Und: "Es gibt ideelle Werte, die höher stehen als die menschliche Integrität". Es stellt sich die Frage: Ist die bewusste freie Zustimmung des/der Betroffenen zur Organentnahme bei Hirntod nicht in Analogie zu sehen mit einem Menschen, der aus irgendeinem Grunde sein Leben für einen anderen hingibt? Wenn dies sogar für einen Gesunden erlaubt ist, wieviel eher für einen Hirntoten.

Auf Grund dieser Überlegungen, zusammen mit dem Brief aus Rom, in dem eine Organexplantation nicht *expressis verbis* als unerlaubt bezeichnet wird, denke ich *zusammenfassend* folgendes:

Die Bejahung der Transplantationsmedizin innerhalb klar abgesteckter Grenzen (sichere Diagnose des Hirntodes und Zustimmung) ist auch für einen Christen und Katholiken *möglich*, wenn auch nicht ganz unproblematisch.

Die zuletzt angesprochenen Fragen Zustimmung/Ablehnung von Seiten des Spenders bzw. seiner Angehörigen sind nicht nur ethisch-moralisch, sondern auch *rechtlich* wichtig. Die diesbezüglichen Ansichten sind von Land zu Land verschieden.<sup>11</sup> In der *Schweiz* ist die Regelung kantonal. Im Allgemeinen gilt die *Zustimmungslösung*, wobei die Anordnung des Verstorbenen gegenüber der Meinung der Angehörigen das Primat hat. Eine Organentnahme bei Ablehnung ist grundsätzlich verboten. Beim Fehlen einer Patientenverfügung gilt die *Widerspruchslösung*, wonach eine stillschweigende Zustimmung vermutet werden darf, wenn keine ausdrückliche Ablehnung von seiten des Verstorbenen bekannt ist bzw. von seiten der nächsten Angehörigen vorliegt. Es gibt Länder mit viel härteren Bestimmungen, so beispielsweise Österreich, wo die Organe entnommen werden dürfen ohne Zustimmung und Orientierung der Verwandten, sofern kein Widerspruch des Verstorbenen bekannt ist.

## 6. Wie sieht es in der Praxis aus?

1. Diese Probleme stehen im **Alltag eines Neurochirurgen** keineswegs im Vordergrund. Es gibt viel schwerwiegendere lebensentscheidende Fragen und viel häufigere. Mit der Organentnahme waren wir während meiner 20-jährigen Tätigkeit als Klinikchef ca. 100 mal konfrontiert bei einer Gesamtzahl von über 20.000 an Hirn und Rückenmark operierten Patienten.

2. In **Europa** ist die Transplantationsmedizin weit verbreitet und auch in **Israel**, wo Leben einen besonders hohen Stellenwert hat, denken die meisten Ärzte und die Mehrzahl der führenden Rabbiner so.<sup>12</sup> Demgegenüber lehnen die **Japaner** eine Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen und damit die Organ-Explantation auf Grund der Diagnose Hirntod weiterhin strikte und konsequent ab, dies u.a. am zweiten Weltkongress über Hirntod, Havana, März 1996.<sup>13</sup>

3. Bei Annahme des **Hirntodkonzeptes** sind **alle lebenswichtigen Organe transplantierbar**. Voraussetzung ist die genügende Durchblutung

derselben bei erhaltenem Kreislauf, bis zum Zeitpunkt der Entnahme. Sicherlich wäre die klare Definition wie sie J. Seifert fordert<sup>14</sup> ideal: Danach bedeutet der menschliche Tod das vollständige und irreversible Erlöschen aller für den Organismus als Ganzem grundlegenden biologischen Lebensfunktionen inkl. vor allem der Atmung, der Herztätigkeit und des ganzen Gehirns. In dieser Situation sind aber die genannten Organe nicht mehr übertragbar.

Schon bei der Diagnose **Herztod** können von den lebenswichtigen Organen nur die Nieren transplantiert werden ("Non Heart Beating Donors"). Herztod bedeutet irreversibler Herzstillstand - zum Beispiel nach Infarkt, Schädelhirntrauma - nach mindestens 30-minütiger erfolgloser Reanimation. Kinder unter 5 Jahren und unterkühlte Individuen fallen ausser Betracht. Bei Verdacht auf Intoxikationen sind Wiederbelebungsmassnahmen über eine längere Zeitdauer fortzuführen, bevor die Diagnose des Herztodes gestellt werden darf. Hier fehlen bisher genügend sichere Erfahrungen. Man spricht von "Herztod" auf Grund der schliesslich vorliegenden irreversiblen Hirnschädigung.

4. Auch wenn, wie gesagt, der Nutzen allein bei ethischen Fragen nie entscheidend sein darf, so muss ich doch darauf aufmerksam machen und zwar aus der Sicht des Organ-Empfängers. So hatte einer meiner neurochirurgischen Kollegen nach zwei Myokardinfarkten und erfolgloser Bypassoperation nur noch eine voraussichtliche Lebenschance von 2 - 3 Monaten. Vor 8 Jahren wurde eine Herztransplantation durchgeführt, und heute arbeitet er mit fremden Herzen voll als Rotkreuz-Chefarzt. Die 5-Jahres-Überlebenschancen betragen nach Herztransplantationen etwa 70 %, bei den Nieren um 85 %. Eine gute Übersicht über die **Resultate** auch bezüglich Lunge, Leber, Pankreas, Dünndarm sowie bei gleichzeitiger Übertragung mehrerer Organe hat 1996 F. Largiadèr veröffentlicht.<sup>11</sup>

5. Praktisch stellt sich schliesslich noch die Frage: Müssen und werden es stets menschliche Organe sein? Wie sieht die Zukunft aus? Gemäss F. Largiadèr werden wahrscheinlich in einigen Jahren **transgene Tiere**, vorwiegend Schweine, für die genannten Organe als Spender in Frage kommen. Nun, auch darüber kann man sich Gedanken machen, auf jeden Fall geht die Forschung in diese Richtung, zum Teil auch in Richtung Kunststoffe (z.B. Kunststoffherz).

## 7. Absolutes Verbot einer Explantation lebenswichtiger Organe: Situationen ohne Feststellung des Hirntodes

Es ist allen klar, dass Organhandel oder Hinrichtungen für Organentnahmen - in China soll es solche geben - nicht diskutabel sind. Nun gibt es aber auch gefährliche Tendenzen, den Tod des Menschen gleichzusetzen mit dem irreversiblen Verlust von bewusster Erfahrung und von höheren kongni-

tiven Leistungen wie Denken, Empfinden u.a. Man spricht vom sogenannten "Personalen Tod": Der Mensch sei tot, sobald er als die Person, die er ist, aufhört zu existieren. Die Person wird als "ein zu bewusster Erfahrung und eigenständigem Handeln befähigtes Individuum" beschrieben.<sup>15</sup> Dies zeigt bereits die Absicht, als Organspender auch Anenzephalie, Apalliker, Embryonen und sogar Schwerstverletzte zu benutzen, also Menschen, die den Hirntodkriterien nicht entsprechen.<sup>16</sup>

1. Beim **apallischen Syndrom** ist das retikuläre System des Hirnstammes intakt. Dieses ist zuständig für Weckbarkeit, Wachsamkeit. Hingegen gelangen sensorisch-sensible Eindrücke nicht mehr dorthin, von peripher, vor allem aber von der Hirnrinde mit den darin gespeicherten Erinnerungen. Am häufigsten liegt die Schädigung in der weissen Substanz (z.B. Trauma: Diffuse Axonal Injury), gelegentlich in der Hirnrinde selbst (z.B. Hypoxie bei Herzstillstand) oder in verschiedenen Thalamuskernen (z.B. Compressio cerebri mit Massenverschiebungen). Der Patient ist somit weckbar, kann eventuell einige Worte sprechen, essen u.a.m., ist aber nicht fähig zu komplexem Erleben und Handeln ("Hirnstambewußtsein", "Gefäss ohne Inhalt"). Solche Patienten können sich erholen in Abhängigkeit von Alter, Schweregrad, Dauer.

2. **Anencephalie** (Missbildung) bedeutet angeboren offene Schädeldecke, Fehlen von Groß- und Kleinhirn (teilweise oder ganz), bei intaktem Hirnstamm. Auch hier liegt ein Hirnstambewusstsein

#### 4. Nachfolgend eine **vergleichende Übersicht, 1 - 3 und Hirntod:**

Zustand	Hirnstamm Grosshirn (GH)	Prognose: Quoad Vitam/ Höhere Hirnfunktionen
<b>Früh-Embryo</b>	noch kein Gehirn	Grosse Entwicklungspotenz
<b>Apallisches Syndrom</b>	GH-Rinde vom Hirnstamm abgekoppelt. "Hirnstamm-Bewusstsein"	Erholung möglich, je nach Alter, Schweregrad, Dauer
<b>Anencephalie</b>	GH-Hemisphären fehlen Hirnstamm z.T. funktionstüchtig	Aussichtslos
<b>Hirn-Tod</b> (Hirnstamm-/Ganzhirn-)	Hirnstamm schwerstens geschädigt GH-Rinde zumindest funktionell ausgeklammert	Tod unausweichlich, wahrscheinlich schon eingetreten

#### 5. **Aktive Euthanasie: Medizinische und ethische Überlegungen. Folgen einer Legalisierung.**

Die Explantation von lebenswichtigen Organen bei Schwerstverletzten bzw. Kranken, die nicht hirntot sind, ist selbstverständlich nicht erlaubt. Dasselbe gilt für die aktive Tötung (meist medikamentös) bzw. für die Beihilfe zum Selbstmord mit der Absicht, unheilbar Kranken Leiden und Leben abzukürzen. Es ist selbstverständlich, das Leben in

vor, wobei aber nach neuesten Untersuchungen primitive Formen einer Interaktion mit der Umgebung möglich sind.<sup>16</sup> Die Prognose ist infaust. Der Tod erfolgt meistens innerhalb von 72 Stunden. Organe wären nur übertragbar bei Entnahme vorher, d.h. vor dem Hirnstammtod. Dies lehnen viele Pädiater mit Recht ab.<sup>17</sup>

3. **Neuro-Transplantation von embryonalem Hirngewebe.** Bekanntestes Beispiel ist die Transplantation von Dopamin produzierenden Neuronen aus dem N. niger des Mittelhirnes, von abgetriebenen Embryonen auf Patienten mit einem M. Parkinson/Parkinsonsyndrom (Akinese, Rigor, Tremor). In einem Teil der Fälle wird über eine Verbesserung der Motorik berichtet. Embryonales Gewebe eignet sich für solche Transplantationen, weil es eine höhere Wachstumspotenz hat, mit Herstellung von Verbindungen zu den Nervenzellen des Empfängers, und weil seine antigene Wirkung gering ist. Das Problem ist die obligate Verknüpfung dieser Methode mit der Tötung von Embryonen.

Bei Embryonen ist das spezifisch Menschliche im Programm so angelegt, dass unter günstigen Bedingungen der kontinuierliche Übergang zum voll entwickelten Menschen erfolgt (Entwicklungspotenz). Wir können nicht beweisen, dass die menschliche Person erst mit dem "Brain Birth" beginnt, 6 bis 8 Wochen nach der Befruchtung, wenn erste Hirnfunktionen nachweisbar sind. Das Problem kann durch noch so klare Richtlinien<sup>18</sup> nicht beseitigt werden.

aussichtsloser Lage nicht mit medizinischen Massnahmen zu verlängern, aber:

*Aktive Euthanasie* ist *un-nötig*, sofern konsequent die heutigen medikamentösen und auch neurochirurgischen Möglichkeiten eingesetzt werden. Die palliative, d.h. lindernde, nicht heilende Medizin, hat in den letzten Jahren sehr grosse Fortschritte gemacht, so dass Schmerzen, Unruhe, Angst wirkungsvoll bekämpft werden können. Ich war selber in diesem Gebiet sehr engagiert: Etwa 2.500 von insgesamt 20.000 während 20 Jahren in Aarau an Hirn und Rückenmark operierten Pati-

enten hatten Eingriffe bei anderweitig nicht zu beeinflussenden Schmerzen.<sup>19</sup> Ich verstehe daher, wenn der Deutsche Ärzteverband dem Theologen H. Küng hart widersprochen und ihn zu Recht der Inkompetenz bezichtigt hat, als er 1995 am Deutschen Anästhesistenkongress die aktive Tötung Schwerkranker befürwortet hat, wobei er dies mit dem Hinweis auf unerträgliche Schmerzen begründete. Hier gibt es wirklich andere Wege. Die aktive Euthanasie wurde übrigens erneut zurückgewiesen auf dem Deutschen Ärztetag in Köln, Juni 1996.

Die Folgen einer *Legalisierung* der aktiven Euthanasie zeigen sich in Holland. Dort erfolgt dies bereits bei 3 bis 4 % aller Sterbefälle und 25 % der Betroffenen werden nicht einmal orientiert.<sup>20</sup> Die Menschen haben Angst. In der Neurochirurgie Warschau beispielsweise gibt es holländische Patienten, die sich lieber dort behandeln lassen, damit, wie sie sagen, "man mich nicht umbringt". Bereits werden in Holland Ärzte, die sich weigern, aus Mitleid zu töten, unter Androhung von Strafverfolgung diskriminiert. Diese haben sich nun zu ihrem eigenen Schutz mit dem Deutschen Hartmannbund in der Vereinigung "Europa gegen Euthanasie" verbunden.<sup>21</sup> Unter diesen Umständen ist es wesentlich, dass wir uns in der Schweiz gegen analoge Tendenzen und rechtlich-politische Vorschläge, wie sie heute leider auch bei uns aktuell sind, zur Wehr setzen.

Aktive Euthanasie ist nicht nur unnötig, sie führt zu Zuständen vergleichbar dem Holocaust, und sie ist *un-ethisch*. Dies gilt für Christen wie für jüdische und andere religiöse Gemeinschaften, war aber bereits für Hippokrates selbstverständlich, obschon man damals im 5. Jahrhundert vor Christus nicht über unsere enormen palliativen Möglichkeiten verfügte. Für Christen ist die willkürliche Tötung eines Unschuldigen, besonders eines Wehrlosen, schweres Unrecht. Dies betrifft sowohl werdendes wie zu Ende gehendes Leben. Das Leben ist ein Geschenk des Schöpfers, heilig und unantastbar ("zur Unvergänglichkeit erschaffen", Wsh 2, 23). Und: "Ich bin es (Gott), der den Tod sendet und der lebendig macht" (Dtn 32, 39).

Eine grosse Opposition gegen diese christliche Auffassung kommt von gewissen *modernen Philosophen und Ethikern*. Ein Beispiel ist der australische Bioethiker P. Singer. Für Singer sind Heiligkeit und Unantastbarkeit des Lebens Relikte des Jüdisch-Christlichen Glaubens. Für ihn liegt die Sittlichkeit einer Handlung nicht in sich selbst, sondern nur in ihren Folgen. Er sagt: Sterben lassen und Töten haben dieselben Folgen. Also: Wenn Sterben lassen erlaubt ist, darf man auch Töten. Singer ist ein extremer Utilitarist. Utilitarismus bedeutet: Gut ist etwas dadurch, dass es nützt. Zudem ist Singer vollständig dem Denken der Aufklärung verhaftet.<sup>22</sup>

## 8. Was bedeutet das Gehirn?

### 1. Beiträge der modernen Hirnforschung: Gehirn und Seele

Vieles spricht dafür, dass *das Gehirn nicht die Ursache für höhere Funktionen wie Bewusstsein* u.a. ist, sondern *nur das notwendige Instrument während unserer räumlich-zeitlichen Existenz*. Dem Gehirn kommt allerdings eine *herausragende Be-*

*deutung* zu in Bezug auf Ausprägung und Ausdruck der Persönlichkeit, und: Im Gegensatz etwa zum Herzen ist das Gehirn nicht austauschbar!

Dass das Zentralnervensystem hier und jetzt unentbehrlich ist, zeigt die Tatsache, dass bei Ausfall bestimmter Strukturen (Krankheit, Verletzung) die entsprechenden Funktionen (z.B. Sprache - verschiedene Formen der Aphasie, aber auch Bewusstsein) beeinträchtigt sind. Seltene eindruckliche Ausnahmen, etwa aussergewöhnliche und medizinisch nicht erklärbare Heilungen (Lourdes u.a.) sprechen nicht gegen diese Regel. - Ausserdem können ja durch neurochirurgische Operationen gezielt gewisse störende Funktionen des Zentralnervensystems ausgeschaltet werden (Beispiele: Schmerzchirurgie, Psychochirurgie). Dies alles spricht aber nur scheinbar für die materialistische psycho-physische Identitätstheorie. Die geschädigten Strukturen sind zwar Voraussetzung und Bedingung für die entsprechenden Funktionen, aber wir dürfen nicht behaupten, wie dies die Materialisten tun, sie seien deshalb auch deren Ursache.

#### a) Dualistischer Interaktionismus - Begründung

Die geschilderte These vom Gehirn als materielle Basis für Geist/Seele, insbesondere auch für höhere kognitive Funktionen, wird von vielen *modernen Hirnforschern* vertreten. Ich möchte hier vor allem JOHN C. ECCLES erwähnen, der für seine auf diese Fragen konzentrierten erfolgreichen lebenslangen Forschungen den Nobelpreis erhalten hat. 1994 hat er in seinem Buch "Wie das Selbst sein Gehirn steuert"<sup>23</sup> sein Lebenswerk in verständlicher Form zusammenfasst und dabei auch auf andere Hirnforscher hingewiesen, die ihm in Vielem nahe stehen, so zum Beispiel Crick F., Hodgson D., Penrose R., Searle J.R., Sperry R., Stapp H.P. Diese Autoren haben ihre Arbeiten vorwiegend in den neunziger Jahren veröffentlicht.

Eccles J.C. vertritt einen *Dualistischen Interaktionismus*. Das heisst: *Gehirn und Seele sind zwei eigenständige Entitäten mit gegenseitiger Wechselwirkung*. Eccles hat u.a. experimentelle Untersuchungen durchgeführt im Bereiche der motorischen Supplementärzone, wo elektrische Entladungen im Rahmen von Willkürbewegungen früher feststellbar sind, als in der motorischen Hirnrinde, dem neuronalen Ausgangsort von Bewegungen. Neuronen der Supplementärzone werden zudem aktiviert allein auf Grund einer entsprechenden Absicht, also ohne Durchführung der Bewegung. Das mentale Ereignis des Wollens geht somit dem neuronalen Ereignis im Gehirn voraus.

Die untersuchte Supplementärzone scheint ein wichtiger Ort zu sein für die Einwirkung von Seiten der Seele auf das Gehirn. *Mikrostrukturell* wesentlich für diese *Interaktion* sind gemäss Eccles die Synapsen (Übertragungsstellen von Signalen von einer Nervenzelle auf die andere) mit dem präsynaptischen Vesikelgitter. Für diese Mikrostrukturen gelten die Gesetze der Quantenphysik: Unbestimmtheit, A-Kausalität, Wahrscheinlichkeit. Im präsynaptischen Vesikelgitter befinden sich die Transmitter-Substanzen, deren Freisetzung als Voraussetzung jeder Signalübertragung aber an sich äusserst wenig wahrscheinlich ist. Die Untersuchungen von Eccles sprechen dafür, dass Wille, Absicht gezielt und ausgewählt diese geringe Wahrscheinlichkeit vergrössern, so dass neuronal

gesteuerte Abläufe (z.B. Sprechen) ausgelöst werden. Beeinflusst wird von Seele/Geist her nur die Wahrscheinlichkeit, ein Vorgang also, der nicht an Materie und Energie gebunden ist. Damit bleiben die Erhaltungsgesetze der Physik gewahrt, auch wenn so die Welt von Materie und Energie nicht mehr vollständig abgeschlossen ist, wie früher angenommen.

*Zusammenfassend* können wir festhalten: Für den Dualistischen Interaktionismus sprechen:

a. Diese Theorie stimmt mit Ergebnissen der experimentellen Hirnforschung überein.  
b. Die Auslösung neural gesteuerter Abläufe durch Wille, Absicht ist quantenmechanisch erklärbar, ohne Verletzung der Erhaltungsgesetze.  
Der Dualistische Interaktionismus ist experimentell und quantenmechanisch solid abgestützt.

b) Materialistische Deutungen - Kritik

Obschon zwar die Mehrzahl der modernen Hirnforscher eher auf der Seite von Eccles steht, gibt es auch heute *materialistische Deutungen*, so etwa bei Changeux J.P., Dennett D.C. u.a.<sup>24</sup> Diese Autoren meinen, neural-biologische Abläufe im Gehirn seien die alleinige Ursache und geeignete Erklärung aller Hirnfunktionen, inklusive Psyche. Bei der Lektüre ihrer Arbeiten fällt mir oft eine merkwürdige Unsicherheit auf, mit widersprüchlichen Aussagen. Zudem weichen sie aus vor dem Problem des *subjektiven Bewusstseins*, und einzelne stützen sich auf völlig unsichere elektrophysiologische Befunde, wie z.B. auf das im Elektroenzephalogramm oberflächlich nachweisbare "Bereitschaftspotential" - wahrscheinlich teilweise ein Artefakt. Kein Vergleich also mit den seriösen Arbeiten von Eccles (direkte Ableitungen aus einzelnen Nervenzellen u.a.).

Gelegentlich wird versucht, das Gehirn mit einem universellen Computer ("Turing Maschine") gleichzusetzen. **Die Unterschiede zwischen Gehirn und Computer** sind aber unüberbrückbar. Man kann sie wie folgt zusammenfassen.

a. *Komplexität:*

jedes menschliche Gehirn umfasst etwa 100 Milliarden Nervenzellen mit je mehrtausendfachen Verbindungen (Synapsen).

b. *Grundsätzliche Unterschiede:*

- Plastizität: Änderung der Nervenzellverschaltungen, zum Beispiel bei Lern- und bei Regenerationsprozessen.
- Im Gegensatz zum Gehirn wird ein Computer nie materielle Basis sein für Abstraktion - was sogar Tiere können - und für *subjektives Bewusstsein*.

Die höchste Form des subjektiven Bewusstseins ist das *Selbstbewusstsein* des Menschen. Selbstbewusstsein bedeutet, dass der Mensch nicht nur denkt, sondern auch weiss, dass er denkt. Als man 1994 dem Direktor des Zürcher Hirnforschungsinstitutes, Professor Cuénod, die Frage stellte, was die Hirnforschung zum Problem "Selbstbewusstsein" meine, sagte er: "Eine rein naturwissenschaftliche Erklärung gibt es nicht" (zit. nach 19). Dies gilt auch für andere geistige Fähigkeiten des Menschen, so etwa für die Einheit der bewussten Erfahrung im zeitlichen Ablauf ("Rückdatierung" u.a.), die Werturteile, die moralisch-ethische Dimension (gut - böse), die Willensfreiheit.

c) Moderne Hirnforschung und Christliche Theologie. Bemerkung zum **Dualismus Leib/Seele**.

Es ist auffällig, wie viele namhafte moderne *Hirnforscher*, und zwar Grundlagenforscher wie *Kliniker*, sowohl die Existenz der Seele wie auch einen vernünftigen Dualismus Leib/Seele befürworten. Einige *Beispiele:*

WILDER PENFIELD. (Neurochirurg, besonders für Epilepsien, Begründer des Neurological Institute Montreal, 1891 - 1976). Seine Auffassung war: "Vielleicht kommen wir in einigen Jahrhunderten der Wahrheit dadurch näher, dass wir alle physiologische Kompliziertheit hinter uns lassen und die Existenz einer Seele und eines Gottes anerkennen ... Es muss eine Seele geben, die diese so ungewöhnlichen Mechanismen lenkt, und wo es eine Seele gibt, gibt es einen Gott." Penfield zitierte gelegentlich Shakespeare: "... Das Gehirn, der Seele zerbrechliches Haus" (zit. nach 19).

CH. S. SHERRINGTON (Neurophysiologe, 1857 - 1952) sagte zu seinem Schüler Eccles 1952: "Für mich ist jetzt die einzige Wirklichkeit die menschliche Seele" (zit. nach.<sup>25</sup>)

J.C. ECCLES schrieb 1989: "Jede Seele ist eine neue göttliche Schöpfung ... Ich behaupte, dass keine andere Erklärung haltbar ist, weder die von der genetischen Einmaligkeit mit ihrer phantastisch unwahrscheinlichen Lotterie noch die der umweltbedingten Differenzierungen, die die Einmaligkeit nicht determinieren, sondern lediglich modifizieren",<sup>26</sup>

STAPP H.P.,<sup>27</sup> der die Bedeutung der Quantenphysik für die Hirnforschung erkannte, schrieb 1991: "Was ist denn so falsch am *Dualismus*, weshalb ist er so unbeliebt?" Descartes R. (1596 - 1650) wird heute gerade wegen seines Dualismus in wissenschaftlichen Kreisen Japans hoch geschätzt, wie entsprechende Voten am 2. Weltkongress über den Hirntod in Havana, Kuba (27.2. - 1.3.1996) gezeigt haben.<sup>13</sup> Descartes war sicherlich ein bewundernswert geradliniger Denker ohne Scheu vor metaphysischen Konsequenzen. Die Diskussion über dieses Thema übersteigt natürlich unseren Beitrag, aber es sei doch die Bemerkung erlaubt: Psychophysische Einheit muss ja nicht bedeuten, dass Leib und Seele völlig ineinander "zerfliessen", und: Die Trennbarkeit von Leib und Seele beim Tod kann durchaus mit der Betonung der Einheit beim irdischen Menschen verknüpft sein.

Merkwürdig, wie heftig viele katholische *Theologen* selbst eine vernünftige Dualität Leib-Seele ablehnen. Viele von ihnen leugnen allerdings die Existenz einer Seele oder vertreten schlecht begründbare Meinungen, so zum Beispiel die Ganzodtheorie, wonach der Mensch total, als Ganzes, sterbe, und Weiterleben, Auferstehung, bestenfalls durch Gottes Gnade, im Sinne einer "Neu-Schöpfung" möglich sei.<sup>28</sup> Solche Theologen merken nicht, wie ihre akademisch-spekulativen Diskussionen im Widerspruch stehen zu unserem Glauben. Falls ihre Hypothese stimmen sollte, so wären Gebete für und zu Verstorbenen sowie Hoffnung auf die Fürbitte der Heiligen höchst fragwürdig, eine Praxis übrigens, die in den Ostkirchen besonders intensiv gelebt wird, und die ich besonders bei unseren russisch-orthodoxen Freunden immer wieder bewundere. Es sei hier aber auch Ziffer 366

aus dem Katechismus der Katholischen Kirche<sup>8</sup> zitiert: "Die Kirche lehrt, dass jede Geistseele unmittelbar von Gott geschaffen ist - sie wird nicht von den Eltern hervorgebracht - und dass sie unsterblich ist: sie geht nicht zu Grunde, wenn sie sich im Tod vom Leibe trennt, und sie wird sich bei der Auferstehung von neuem mit dem Leib vereinigen." Ferner: Bei Ziffer 1022 der Hinweis, dass jeder Mensch beim Tod in seiner unsterblichen Seele persönlich beurteilt wird, mit entsprechend unmittelbaren Folgen.

## 2. Grenzen der Wissenschaft: Nahtod-Erlebnisse. Deutung, Bedeutung.

### a) Fakten

Von solchen Erlebnissen berichten u.a. Menschen, die *dem Tode nahe* standen, und die *mit Erfolg wiederbelebt* werden konnten. Für den Neurochirurgen sind jene Fälle besonders wichtig und interessant, bei denen bereits ein Herz- und Atemstillstand, verbunden mit tiefem Koma und Ausfall wichtiger Reflexe vorlagen.

NDE's sind seit Urzeiten bekannt. Neuere *Publikationen* über dieses Thema sind zahlreich, beispielsweise jene von Moody R.A., sowie Kübler-Ross E. (zit. nach 24). Wenn auch nicht alle Betroffenen sich an NDE's erinnern können, so ist ihre Zahl doch beachtlich. In den USA betrifft dies gemäss Galupp und Proctor 30 - 40 % jener Menschen, die dem Tode nahe standen, entsprechend 5 % der Gesamtbevölkerung. Schon 1977 waren 3.000 Fälle von der Gesellschaft für Nah-Todes-Studien in den USA analysiert worden.<sup>24</sup> Warum berichten nur 30 - 40 % der Betroffenen über NDE's? Sicher spielt bei der Erinnerung an solche Erlebnisse im Anschluss an eine erfolgreiche Reanimation der aktuelle Zustand des Gehirns eine wesentliche Rolle. Das erklärt möglicherweise auch die Tatsache, dass NDE's bei schweren Hypoglykämien selten sind, im Gegensatz zum Herz-Kreislauf-Versagen.

Angenehme *Erlebnisse* (beglückendes Gefühl - Blick in einen Seinsbereich, wo alles Wissen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu koexistieren scheint u.a.) werden beschrieben, seltener erschreckende, zum Beispiel Begegnung mit unglücklichen Wesen, noch unfähig, sich von Bindungen an die materielle Welt zu lösen. Viele berichten über einen dunklen Tunnel, an dessen Ende wunderbares Licht aufscheint, über Begegnungen mit einem "Lichtwesen", oder mit verstorbenen Angehörigen. Ferner erfolgt nicht selten eine blitzschnelle Rückschau und Gesamtbewertung des Lebens mit der Frage des "Lichtwesens", was man mit dem Leben gemacht habe. Manche bemerken, dass sie den eigenen Leib verlassen (Out of the Body-Experience), wobei sie die Reanimation am eigenen Körper von aussen beobachten und nach erfolgreicher Wiederbelebung den ganzen Ablauf genau schildern können (siehe Beispiel 1). Nicht immer werden all diese Phänomene in ihrer ganzen Fülle erlebt. In akuter Todesgefahr steht oft der sekundenschnelle Ablauf des "Lebensfilmes" im Vordergrund. Charakteristisch für NDE's sind insbesondere erhaltene Kritik, Wille und Absicht. Alle Betroffenen sind von der *Realität* des Erfahrenen überzeugt, verlieren ihre Angst vor dem Tod und ändern manchmal ihre Lebensgestaltung grundlegend.

Sicher ist, dass NDE's existieren und dass sie nicht so selten sind, also vereinzelte anekdotenhafte Berichte bei weitem übersteigen.

### b) Erklärungsversuche. Interpretation

Es gibt *naturwissenschaftliche Erklärungsversuche*, die aber für die Mehrzahl dieser Phänomene ungenügend sind - so etwa Sauerstoffmangel bzw. Kohlensäureanreicherung. Dasselbe gilt vom Ketamin (traumhafte Halluzinationen, nicht vergleichbar mit NDE's). Auch psychologische und parapsychologische Faktoren werden ins Feld geführt. Aber: Kulturelles Umfeld und persönliche Lebensgeschichte allein sind nicht entscheidend,<sup>24</sup> und es ist auch kaum einleuchtend, wie gewisse parapsychologische Phänomene, deren Ursachen und Abläufe ja selber im Unklaren liegen, zur Klärung beitragen könnten. Ganz unbefriedigend ist der Versuch, NDE's als Resthirnfunktionen zu interpretieren.

Am besten scheint es mir, zuverlässig untersuchte und dokumentierte Fälle zu analysieren, was anschliessend anhand von *zwei Beispielen* erfolgt.

### Beispiel 1, persönlich in Erfahrung gebracht

Beim Beispiel 1 geht es um das *Out of the Body-Phänomen* im Rahmen von NDE's, im Vergleich mit neuropathologischen und neurophysiologischen Erkenntnissen.<sup>29,30</sup>

Ein mir bekannter Arzt, ebenfalls Professor an einer Schweizer Universität, hatte bereits zwei Herzinfarkte hinter sich. Während einer Krankenvsitede wurde er plötzlich tief bewusstlos, mit Herz- und Atemstillstand. Einer seiner Oberärzte führte sofort künstliche Beatmung, Herzmassage u.a. durch. Wider Erwarten wurde der Patient wach - er lebte danach noch einige Jahre - schaute in die Runde, bezeichnete jenen Arzt, der die Reanimation durchgeführt hatte und schilderte zutreffend viele andere Details des abgelaufenen Geschehens; - Er hatte sich plötzlich ausserhalb seines Körpers gefühlt, sah seinen Körper am Boden liegen, sah und hörte alles mit, was vor sich ging. Danach kam das Erlebnis mit dem dunklen Tunnel und dem hellen Licht am Ende. Als er sich einer Art Schranke näherte, spürte er, dass er zurückkehren musste, obwohl er dies eigentlich nicht wollte.

Der Zustand dieses Patienten entsprach weitgehend der Definition des klinischen Todes mit Ausfällen in Bezug auf die wichtigsten Lebensfunktionen (Herz-Kreislauf, Atmung, Gehirn), wobei bei Andauern des Zustandes schliesslich die definitiven Zeichen des Todes eintreten. In unserem Fall waren diese Symptome aber reversibel. Während dieser todesnahen Phase hat der Patient gesehen und gehört, was passierte, als Beobachter ausserhalb des eigenen Körpers, und er konnte all dies später genau und richtig schildern, obschon die normale Sinneswahrnehmung ausgeschaltet war, bei tiefer Bewusstlosigkeit.

In der Literatur gibt es zahlreiche analoge Beispiele. Sehr interessant ist die Schilderung von Vinter M.,<sup>24</sup> einen katholischen Priester betreffend. Nach einem Herz- und Atemstillstand mit tiefer Bewusstlosigkeit beobachtete er Ärzte und Krankenschwestern bei der Reanimation seines Körpers von oben, und er konnte das Ganze anschliessend ebenfalls richtig schildern. Das besondere in diesem Fall liegt darin, dass der Patient

deutlich alles sah und optisch wahrnahm und darüber sehr erfreut war, denn er war bereits seit Jahrzehnten blind gewesen.

Nun einige Überlegungen zu diesen Fällen. Wichtig ist die Feststellung: Halluzinationen sind mit Sicherheit ausgeschlossen. Hier wird ja die Realität wahrgenommen, wenn auch auf unerklärliche Weise. Halluzinationen hingegen sind Sinnestäuschungen, ohne reale Objekte, so beispielsweise beim "Doppelgängerphänomen" im Rahmen von Läsionen im Parietal- bzw. Temporalhirn.<sup>29,30</sup>

Ich möchte beifügen, dass das Doppelgängerphänomen im weitesten Sinne, verschieden in Ablauf und Ausprägung, auch bei Gesunden vorkommt, vor allem in Extremsituationen sowie im Rahmen verschiedener parapsychologischer Phänomene (z.B. Ankündigung des Todes einer Person). Entsprechend vielfältig sind wohl auch die Ursachen.

### Beispiel 2, wissenschaftliche Untersuchung

Eine Arbeit, die 1990 in der weltweit renommierten medizinischen Zeitschrift "The Lancet" erschienen ist,<sup>31</sup> scheint mir für Neurochirurgen besonders interessant. 58 derartige Fälle wurden kritisch analysiert unter Berücksichtigung verschiedener Erklärungsmöglichkeiten. 28 Fälle konnten die Autoren nur im Rahmen einer "Transcendental Interpretation" (jenseitig) verstehen: Die 28 Patienten hatten eine schwerste Beeinträchtigung ihrer vitalen Funktionen, inkl. Gehirn, bestens dokumentiert. Sie standen dem Tode sehr nahe und konnten auf Grund medizinisch-chirurgischer Maßnahmen gerettet werden. Einerseits lag hier ein sicherer Ausfall der wichtigsten Hirnfunktionen vor, andererseits waren Erlebtes und Erkanntes ausserordentlich, die alltäglichen menschlichen Möglichkeiten weit übersteigend, neurophysiologisch und neuropathologisch nicht erklärbar.

### c) Bedeutung der NDE's. Glaube und Wissenschaft

NDE's sprechen gegen eine rein materialistische Sicht. Sie sind Hinweise darauf, dass es höhere geistige Funktionen mit Bewusstsein, Wille, Wahrnehmung und Erinnerung auch ohne normale Hirnfunktionen, und dass es Realität auch jenseits der normalen Sinneswahrnehmung gibt.

Gibt es ein *persönlich-bewusstes Leben nach dem Tode*? NDE's sprechen eher dafür. Allerdings standen die Betroffenen nur dem Tode nahe, so dass voreilige Rückschlüsse auf das Jenseits nicht erlaubt sind. Wir können aber auf Grund der NDE's sagen: wenn es einen bewussten "Teil" im Menschen gibt, der weitgehend unabhängig vom Gehirn operieren kann, so lange der Mensch lebt, dann drängt sich die Vermutung auf, dass jener "Teil" auch in der Lage sein könnte, nach dem Tode weiter zu existieren.

Sicher dürfen auch *Naturwissenschaftler* darüber nachdenken. Eccles J.C.<sup>26</sup> zitiert zustimmend Lack D.,<sup>32</sup> der sich mit der Evolution befasste: "Sie (die Seele) ist auch verantwortlich für moralische Entscheidungen ..., und sie ist unsterblich". Dies ist wohl auch eines der stärksten Argumente aus *philosophischer Sicht*, ein Argument, dass Seifert J.<sup>25</sup> so formuliert: "Die Seele ist ewigkeitsgerichtet, schon aus der moralisch-ethischen Dimension (bleibend-gültig, Verdienst-Schuld) des Lebens heraus".

Insgesamt können aber - und dies ist wohl die *entscheidende Schlussfolgerung* - weder Theologie noch Philosophie noch Naturwissenschaften die *christliche Offenbarung* ersetzen, in ihrem vollen Gehalt (Bibel und Tradition). Was die Bibel (NT) betrifft, so hält man sich meines Erachtens am besten an jene Stellen, die für den Menschen letzte existentielle Konsequenzen haben - und zwar so, wie jedes Kind sie versteht, ohne jegliche Relativierung bzw. Umdeutung. Ich denke dabei etwa an die Zusicherung, die Jesus dem Schächer machte: "Wahrlich, ich sage Dir, noch heute wirst du mit mir im Paradiese sein" (Lk 23, 42 - 43).

Glaube im religiösen Sinne bezieht sich auf ganz andere Hintergründe und weit tiefere Dimensionen als Wissen und Wissenschaft. *Glaube und Wissenschaft* schliessen sich keineswegs gegenseitig aus. Es ist sogar so, dass der Glaube erkenntnistheoretisch das Primat hat: In jeder Wissenschaft, selbst in der exakten Mathematik, gibt es allerletzte Sätze (Axiome), die weder beweisbar noch unmittelbar evident sind, und die man glaubend annehmen muss als Grundlage für jede weitere Forschung.

### Literatur:

1. "Report of the adhoc Committee of Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death", J.A.M.A., 205: 337, 1968
2. Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften: "Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen", Schweiz. Ärztezeitung, 77/44: 1173 - 1181, 1996
3. Joergensen E.O.: "Spinal man after brain death", zit. aus: Machado C, Ed.: "Brain Death. Proceedings of the Second International Conference on Brain Death, Havana-Cuba, Febr. 27 - March 1, 1996", Elsevier Amsterdam, 87 - 94, 1995
4. Balkenohl M.: "Der umstrittene Hirntod", in: "Organspende. Letzter Liebesdienst oder Euthanasie", Derscheider, S. 24, 1995
5. Seifert J.: "Erklären heute Medizin und Gesetz Lebende zu Toten?" in: "Organspende. Letzter Liebesdienst oder Euthanasie", Derscheider, S. 63, 1995
6. Seifert J.: "Erklären heute Medizin und Gesetz Lebende zu Toten?" in: "Organspende. Letzter Liebesdienst oder Euthanasie", Derscheider, S. 64, 1995
7. Clemens Josef, Msgr., Dr.: Persönliche Mitteilung der lehramtlichen Position über die Problematik der Transplantationsmedizin und des Hirntodes, im Auftrag von Joseph Kardinal Ratzinger. Vatikan, 19.10.1996
8. "Katechismus der Katholischen Kirche", Oldenbourg-Benno-Paulus-Verlag-Veritas, 1993
9. Papst Johannes Paul II: "Un dilemme tragique", aus der Rede an die Mitglieder der Päpstl. Akademie der Wissenschaften, 14.12.1989. Persönl. Mitteilung P. Patrice Laroche, Prof. f. Moralthologie, 30.5.1994
10. Dobiosch H.: "Organtransplantation - ethische Aspekte", Schweiz. Kathol. Wochenzeitung, 17, 26. April 1996
- H. Largiadèr F. u. Mitarb.: "Checkliste Organtransplantation", Thieme Verlag Stuttgart-New York, 1996
12. "Jüdische Standpunkte zu medizinethischen Fragen - ein Interview mit F. Rosner", Dia-GM, 4: 197 u.f., 1996
13. Feldman E.A.: "Brain Death-The Japanese Controversy", zit. aus Machado C, Ed.: "Brain Death. Proceedings of the Second International Conference on Brain Death, Havana-Cuba, Febr. 27 - March 1, 1996", Elsevier Amsterdam, 1995
14. Seifert J.: siehe Lit. Nr. 5, S. 78
15. Kurthen M., Linke D.B., Reuter B.M.: "Hirntod, Grosshirntod oder personaler Tod?", Med. Klinik, 84/10:483-487, 1989

16. Machado C. et al.: "Four Years after the First International Symposium on Brain Death ...", in: Machado C, Ed.: "Brain Death. Proceedings of the Second International Conference on Brain Death, Havana-Cuba, Febr. 27 - March 1, 1996", Elsevier Amsterdam, 1995
17. "Transplantation of Organs from Newborns with Anencephalie", Bioethics Committee, Canadian Paediatric Soc, Can. Med.Assoc. J., 142/7: 715 - 717, 1990
18. Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften: "Medizinisch ethische Richtlinien für die Transplantation foetaler menschlicher Gewebe", Schweiz. Ärztezeitung, 77/10: 399 - 403, 1996
19. Probst Ch.: "Unterwegs als Neurochirurg. Erinnerungen - Deutung, Ausblicke - Hoffnung", Christiana Verlag, 2. Aufl., 1995
20. Pijnenborg L. et al.: "Life terminating acts without explicit request of patient", The Lancet, 341: 1196 - 1199, 1993
21. Haasnoot Krijn J.P.: Interview, in: Zeit-Fragen, Nr. 39, Sept. 1996
22. Singer P.: "Praktische Ethik", Philipp Reclam Jun.-Verlag Stuttgart, 2. Aufl., 1994
23. Eccles J.C.: "Wie das Selbst sein Gehirn steuert", Springer Verlag Berlin-Heidelberg, 1994
24. Probst Charles: "Nahtod-Erlebnisse (NDE's) aus der Sicht von Neurochirurgie und moderner Hirnforschung", in: "Dem Schönen und Heiligen dienen, dem Bösen wehren", Sankt Meinrad-Verlag (Norbert Esser), im Druck, erscheint 1997.
25. Seifert J.: "Das Leib-Seele-Problem und die gegenwärtige philosophische Diskussion", Wissenschaftl. Buchgesellschaft Darmstadt, 2. Aufl., 1989
26. Eccles J.C.: "Die Evolution des Gehirns - die Erschaffung des Selbst", Piper München, 1989
27. Stapp H.P.: "Quantum propensities and the brain-mind connection", Foundations of Physics, 21/12: 1451, 1991
28. Düren P.Ch.: "Der Tod als Ende des irdischen Pilgerstandes: Reflexion über eine katholische Glaubenslehre", Schwaben Verlag Ostfildern, 1996
29. Brugger P., Agosti R., Regard M., Wieser H.G., Landis Th.: "Heautoscopy, epilepsy and suicide", J. of Neurol. Neurochir. and Psychiatry, 57: 838 - 839, 1994
30. Brugger P., Regard M., Landis Th.: "Unilaterally Felt 'Presences': The Neuropsychiatry of One's 'Invisible Doppelgänger'", Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, 9/2:114-122, 1996
31. Owens J.E. et al.: "Features of near-death experiences ...", The Lancet, 336: 1175-1177, 1990
32. Lack D.: "Evolutionary Theory and Christian Belief", zit. nach Eccles J.C.<sup>18</sup>

**Adresse des Autors:**

Univ. Professor  
 Dr. med. Dr. h.c. Charles Probst  
 Neurochirurg FMH  
 Chefarzt em. der Neurochirurgischen Klinik Aarau  
 Friedweg 23  
 CH-5090 Laufenburg

Telefon und Fax 062/874 14 20

**Woche des Lebens**

**Schlußsymposium im Edwin Scharff Haus in Neu Ulm am 7. Juni 1997**

**Neu Ulmer Erklärung:**

Die in Neu Ulm versammelten Angehörigen der Lebensschutz - Bewegung fordern die Kirchen in Deutschland auf, die Schwangerschaftskonfliktberatung, bei der eine Beratungsbescheinigung ausgestellt werden muß, zugunsten der ebenfalls gesetzlich geregelten allgemeinen Schwangerenberatung in ihren Beratungsstellen aufzugeben. Auch bei dieser Beratung können Schwangerschaftskonflikte einbezogen werden; Beratungsstellen haben auch bei dieser Form der Beratung Anspruch auf staatliche Förderung.

Auf der anderen Seite werden die Kirchen durch die Pflicht zur Ausstellung der Beratungsbescheinigung in das staatlich geregelte Tötungsverfahren des § 218 a des Strafgesetzbuch hingezogen und berauben sich der Freiheit, gegen das verheerende Abtreibungsgeschehen in Deutschland vorzugehen.

Das Schlußsymposium wurde veranstaltet von:

- Humanes Leben International
- Europäische Ärzteaktion in den deutschsprachigen Ländern
- Aktion Leben, Absteinach
- Christdemokraten für das Leben (CDL)
- Union der Nationen für ein christliches Europa
- und anderer Lebensrechtsgruppen

**Prof. Dr. O. J. Beck**

Neurochirurgische Klinik der Ludwig-Maximilian Universität München

## Todeszeitpunkt des Menschen und Konsequenzen für die Organentnahme

*Die alte Bezeichnung "exitus letalis" besagte ursprünglich, daß die Seele den Körper des Menschen verlassen hat (exitus) und dies für seinen Körper, den vegetativen Teil des Menschen, todbringend (letalis) war. Im Gefolge traten sichere Todeszeichen auf, die als irreversibler Stillstand aller Lebensvorgänge angesehen wurden und es rechtfertigten, den Leichnam nach den einschlägigen Vorschriften der Bestattungsgesetze der Länder zur Bestattung freizugeben. Es muß mindestens eines der drei sicheren Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis) vorliegen. Diese sicheren Todeszeichen treten erst nach dem Tod ein und erlauben eine späte nachträgliche Todeszeitbestimmung. Das Auftreten der sicheren Todeszeichen ist abhängig vom Endzustand des Patienten und insbesondere von der Temperatur der Umwelt. So erfolgt im Orient aufgrund der rasch zunehmenden Fäulniserscheinungen die Bestattung sehr bald nach Eintreten des Todes. Die Entwicklung moderner Therapieverfahren der Intensivmedizin, die es heute ermöglichen, Kreislauf und Atmung auch über längere Zeit zu ersetzen und die Erfordernisse der Transplantationschirurgie, d.h. Gewebe bzw. Organe von einem Menschen auf den anderen zu übertragen, ließen es geboten erscheinen, die Todeszeitpunktbestimmung so früh wie möglich nachträglich vorzunehmen.*

Während die Entnahme von Hornhaut des Auges, Gehörknöchelchen, Dura und Haut zur Transplantation bis zu 20 Stunden nach dem Tode erfolgen kann, sind Organe wie Herz, Leber, Niere, Lunge usw. bei der Übertragung auf eine intakte Durchblutung angewiesen.

Da die alte Definition des Todes den irreversiblen Stillstand des Kreislaufs verlangte, mußte sie durch eine neue ersetzt werden, die den irreversiblen Ausfall des Gehirns festlegte.

1968 definierte eine aus Medizinern, Juristen, Ethikern und Theologen bestehende Ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School in USA den Hirntod und stellte die bis heute gültige Symptomtrias auf:

- irreversibles Koma
- Hirnstammreflexie
- Verlust der Spontanatmung

Bei Unsicherheit wurde ein Nulllinien-EEG über längere Zeit gefordert.

Hirntod wird also definiert als Zustand des irreversiblen Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrecht erhaltenen Herz-Kreislauffunktion.

Pathophysiologisch stirbt das Gehirn ab, wenn es nicht mehr durchblutet ist. Die Durchblutung endet,

wenn der intrakranielle Druck den mittleren arteriellen Blutdruck übersteigt oder nach Herzstillstand. Unabdingbare Voraussetzungen, wie wiederholte Feststellung von Koma, Hirnstammreflexie, Apnoe und eine angemessene Beobachtungszeit oder wenn nötig ergänzende Untersuchungen ermöglichen es heute mit Sicherheit, die Diagnose des Hirntods zu stellen. Vor der Diagnose des Hirntodes müssen zahlreiche Kriterien erfüllt sein (Voraussetzungen für die Diagnosestellung, Klinische Korrelation, Nachweis der Irreversibilität, Formalitäten).

### Voraussetzungen für die Diagnosestellung

- > Akute schwere primäre oder sekundäre Hirnschädigung  
Primäre Hirnschädigungen sind insbesondere schwerste Hirnverletzung, spontane intrakranielle Blutung usw.. Sekundäre Hirnschädigung tritt auf als Folge von Hypoxie, von kardial bedingtem Kreislaufstillstand (meist erfolglose Reanimation).
- > Ausschluß von Intoxikation:
  - Unterkühlung
  - Kreislaufschock
  - endokrines oder metabolisches Koma

### Klinische Korrelation

- > Bewußtlosigkeit (tiefes Koma). Beim tiefen Koma läßt der Patient jede hirnbedingte Reaktion auf äußere Reize vermissen.
- > Ausfall der Hirnstammreflexe
  - maximal weite lichtstarre Pupillen (keine Wirkung eines Mydriatikums)
  - Fehlen des okulo-zephalen Reflexes (Puppenkopphänomen)
  - Fehlen des Kornealreflexes
  - Fehlen von Schmerzreizen im Trigemusbereich
  - Fehlen des WürgerreflexesNur der beidseitige Ausfall aller Hirnstammreflexe kann - bei Erfüllung der übrigen Hirntodkriterien - als beweisend für den Hirntod angesehen werden. So genügt in England allein der Nachweis der Hirnstammreflexie für die Hirntoddiagnose. ("British Code")
- > Apnoe-Test. Ausfall Spontanatmung
- > Ergänzende klinische Untersuchungen
  - Fehlen des Bulbo-Vagal-Reflexes
  - Fehlen des Vestibulo-Okulären-Reflexes (Eiswassertest)
  - Fehlen der Frequenzsteigerung beim Atropin-test
  - Messung des intrakraniellen Druckes mit Übersteigen des mittleren arteriellen Blutdrucks.

## Nachweis der Irreversibilität

Die mit der Diagnose "Hirntod" verbundene Feststellung des Ausfalls aller Hirnfunktionen beinhaltet neben dem Nachweis seiner Vollständigkeit zusätzlich den Nachweis seiner Endgültigkeit (Irreversibilität). Dieser Nachweis kann auf zwei-erlei Weise erfolgen:

1. durch mehrmalige Wiederholung der klinischen Untersuchung in vorgeschriebenen zeitlichen Abständen
2. durch ergänzende apparative Untersuchungsverfahren

ad 1) Die Beobachtungszeiten für den klinisch festgestellten Hirntod variieren. In Schweden betragen sie nur 25 Minuten, in den meisten Ländern 6-12 Stunden, in Deutschland sind sie am längsten.

### Verlaufsbeobachtung in Deutschland:

- primäre supratentorielle Hirnschädigung: 12 h
- beim Kleinkind bis zum vollendeten 24 h
- 2. Lebensjahr: 24 h
- bei Neugeborenen und in den ersten 4 Lebenswochen: 72 h
- sekundäre Hirnschädigung (hypoxisch): 72 h

ad 2) Apparative Zusatzmethoden sind bei Kindern und in allen Fällen einer primär infratentoriellen Hirnschädigung obligatorisch:

### 1) neurophysiologisch

- EEG: Ausdruck des Hirntodes ist ein Nulllinien-EEG über 30 Minuten
- evozierte Potentiale: es handelt sich um hirnelektrische Potentialschwankungen als Reaktion auf einen Reiz, die beim Gesunden ein Potential von mehreren Gipfeln erkennen läßt.

### 2) neuroradiologisch

- zerebrale Angiographie
- Dopplersonographie
- Hirnszintigraphie

## Formalitäten

Da der wirkliche Zeitpunkt des Hirntodes nicht auf die Minute feststellbar ist, müssen alle zu dieser Diagnose führenden klinischen und apparativen Untersuchungsbefunde mit Datum und Uhrzeit dokumentiert werden. Die Aufzeichnung der Befunde erfolgt auf einem Protokollbogen oder in zweckentsprechender Form und ist dem Krankenblatt beizufügen. Die Nachweisverfahren des völligen und endgültigen Hirnausfalls sind in Deutschland durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer festgelegt:

1. Der vollständige und endgültige Hirnausfall muß von zwei Ärzten festgestellt werden.
2. Wenigstens einer dieser beiden Ärzte muß eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung haben.
3. Keiner der beiden Ärzten darf an einer vielleicht möglichen Organtransplantation mitwirken.

Die Entnahme von Organen ist nach dem Marburger Transplantationskodex vom 07.11.87 unter ge-

nau definierten rechtlichen Voraussetzungen erlaubt.

Während der Hirntod als Zustand medizinisch klar ist, gibt seine ethische Beurteilung reichen Diskussionsstoff.

## Diskussion

Wer die Freude eines Nierentransplantierten erlebt hat, wenn dieser erstmals wieder Wasser lassen kann und wer einen Herztransplantierten nach monatelangem Siechtum wieder Sport treiben gesehen hat, wird sich intuitiv für die Organspende aussprechen.

Von jährlich 900 000 Todesfällen in Deutschland, in Krankenhäusern sterben zirka 500 000 Menschen, kommen nach medizinischen Kriterien ca. 5000 als Organspender in Frage. 1994 waren es aber nur 3183, 1995 nur 3 368 und 1996 3 435 (68,7%)

Allein in Deutschland warten aber ca. 10 000 Dialysepatienten auf eine Niere. Nach Angaben des Arbeitskreises Neu-Ipsenbürg sei die Zahl der Nierentransplantationen in Deutschland im letzten Jahr sogar zurückgegangen. Ursache ist ein neuer Verteilungsmodus der europäischen Organvermittlung Eurotransplant im niederländischen Leyden. Seit März 1996 muß die Bilanz der Nierenspenden zwischen den Mitgliedsländern ausgeglichen sein.

Zusätzlich werden mindestens 1000 Transplantationsorgane von Herz und Leber jährlich benötigt. Es besteht also ein Mißverhältnis zwischen verfügbaren und dringend benötigten Transplantationsorganen.

100% der wartenden Patienten möchten ein lebenserhaltendes Spendeorgan, aber nur 63% (-70%, je nach Statistik) der deutschen Bevölkerung sind zu einer Organspende bereit. Nur ca. 10% der Organspender können sich zu Lebzeiten zu einer Dokumentation entscheiden.

"Wir brauchen mehr Menschen, die sich zu einer Organspende bereit erklären" appellierte Bundesgesundheitsminister Seehofer deshalb an die Bürger. Er räumte anfänglich der persönlichen Entscheidung für oder gegen Organspenden den Vorrang ein. Dies entspräche der **Zustimmungslösung im engeren Sinn**. Damit kann der Bedarf an Organen aber bei weitem nicht gedeckt werden. Andere europäische Länder (Spanien, Österreich, Belgien) bevorzugen daher die **Widerspruchslösung**, d.h., wenn der Verstorbene sich nicht bei Lebzeiten schriftlich für ein Organabgabe-Verbot festgelegt hat, wird explantiert.

Die **Informationslösung** und die **erweiterte Zustimmungslösung** beziehen Angehörige in die Entscheidung mit ein, wenn der Hirntote keine eindeutige Willensbekundung hinterlassen hat. Während bei der Informationslösung Angehörige nur informiert werden, wird bei der erweiterten Zustimmungslösung das Ergebnis der Anfrage abgewartet. Nach Meinung von Seehofer könnte der Verzicht auf eine erweiterte Zustimmungslösung das Ende der Transplantationsmedizin bedeuten.

Probleme liefert die Lebendspende. In Deutschland wird sie vorerst nur innerhalb einer Familie vorgenommen. Deshalb waren es in Deutschland 1995 auch erst 4% und 1996 6%, während wir in

USA 25% und in Norwegen bereits 50% Lebend-Nierenspender haben.

Die deutsche Transplantationsgesellschaft befürwortete auf ihrer Tagung in München am 5.12.96 die Lebendspende.

Zweck des Harvard Reports von 1968 war es, ein neues Todeskriterium zu schaffen, um aussichtslose Maßnahmen der Intensivmedizin beenden zu können und damit der Transplantationsmedizin den Weg zu bereiten.

Heute bildet die Diagnose des Hirntodes die Basis für die Entscheidung, daß der Mensch irreversibel im Vorfeld des Todes ist. Bis heute ist kein einziger Fall bekannt, daß ein hirntoter Mensch hätte reanimiert werden können oder reanimiert worden ist. Der Begriff "im Vorfeld des Todes" oder auch "Aura mortis" wäre ein Synonym für den Begriff "Hirntod" und würde gleichzeitig die sich zuspitzende Kontroverse in der Gleichsetzung Hirntod = Tod zweckdienlich beenden. Die sich daraus ergebende Problematik für die Transplantation wäre hiermit schlagartig gelöst.

## **BGH entkräftet den Vorwurf des Tötungsdeliktes bei Organentnahme**

Der Vorwurf eines Tötungsdeliktes bei der Organentnahme ist durch das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom Mai 1991 entkräftet. Demnach ist sogar bei todkranken Patienten der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen rechtlich zulässig. Das BGH ging in seinem Urteil noch weiter: "Die Ausschöpfung intensiv-medizinischer Technologie ist, wenn sie dem wirklichen oder anzunehmenden Patientenwillen widerspricht, rechtswidrig."

Sprechen wir deshalb mit *Höfling* und *In der Schmitzen* von der Zeit bis zur Organentnahme nicht von einer Verkürzung der Lebensphase, sondern von einer Verlängerung der Sterbephase, die der Organspender gewährt.

Ein Hirntoter in Wartestellung auf die Explantation verzichtet auf die letzte Würde seines Sterbens (E.Th. Mayer). Die "Aura mortis" leitet unumkehrbar das Sterben ein. Der Körper des Patienten, der sich im Vorfeld des Todes befindet, ist aber noch ein lebender Organismus, weil eben nicht nur Zellen oder Organe, sondern das System "Organismus" weiterarbeitet (z.B. das Austragen einer Schwangerschaft).

Der Zusammenbruch des Organismus manifestiert sich nicht an einem bestimmten Organ, auch nicht im Gehirn, sondern am irreversiblen Stillstand der Wechselwirkung zwischen den Organen und dem Ganzen. Hirntote sind also Sterbende, die den vollen Schutz ihrer Menschenwürde und der körperlichen Unversehrtheit verdienen. Das Grundrecht auf Leben, das im Art 2 II 1 GG garantiert ist, verbietet die externe Verfügung über das Leben auch dann, wenn diese zum Zwecke der Rettung des Lebens Dritter erfolgt. Deshalb kann nur der Betroffene selbst bei Lebzeiten und bei vollem Bewußtsein die Organspende erlauben. Zur Spende gehört aber die freiwillige schriftliche, und u.U. widerrufbare Zustimmung.

Die vorab erforderliche Einwilligung in eine Organentnahme setzt voraus, daß der potentielle Spender einwilligungsfähig ist. Die Einwilligung in die

Organentnahme bei Kindern liegt in der Verantwortung der Eltern.

## **Ganzhirntod- und Teilhirntod-Konzept**

Die am Ganzhirntod-Konzept orientierte Harvard-Forderung führte später zu einer Ausweitung auf ein Teilhirntod-Konzept, wobei nun einzelne Wissenschaftler auch Apalliker und anenzepmale Neugeborene für tot erklärten. Diese Befürwortung eines Teilhirntodkonzepts führte bei uns in Deutschland in Münster und bei Anenzephalen in USA zu Explantationen.

Aufgrund dieser Ausweitung des ursprünglich auf den Ganz-Hirntod beschränkten Konzeptes nehmen heute medizinische, anthropologische und rechtliche Kontroversen zu. Die Organtransplantation zeigt trotz guter Erfolge seit 1990 eine Stagnation.

Wird das nun auch in Deutschland vorgesehene Transplantationsgesetz die Zahl der Organspender erhöhen? Besteht ein Rechtsanspruch auf Körperteile eines Mitmenschen?

Es gibt kein Recht auf fremde Organe und hüten wir uns, Schuldgefühle aufzubauen, wenn Menschen aus welchen Gründen auch immer, ihren Körper in seiner Unversehrtheit erhalten haben wollen. Führen wir die Aufklärungsgespräche mit Angehörigen taktvoll; vermeiden wir jede Art von Pressionen.

## **67% der Bürger sind spendebereit, nur 10% haben dies schriftlich festgelegt.**

Obwohl ca 67% der jungen Erwachsenen sich für eine Organspende nach dem Tode aussprechen, haben sich nur ca. 10% dieser Bürger schriftlich festgelegt. Woher kommt diese Diskrepanz?

Im Vordergrund steht der Verdacht, daß mit Organen ein krimineller Handel getrieben wird (z.B. Indien, China). Desweiteren besteht Furcht vor Manipulationen bei der Vergabe von Organen. Gegen eine Ausweitung des Ganzhirntod auf ein Teilhirntod-Konzept besteht zwar bei Einhaltung klarer Definitionen kein Einwand, aber das Teilhirntod-Konzept läßt Grauzonen zu und wird somit manipulierbar. Die Zurückhaltung der Bevölkerung bei der Spendenbereitschaft spiegelt nicht zuletzt die anhaltende und von offizieller Seite bagatellierte Hirntodkontroverse wieder. Die Informationspflicht gegenüber der Öffentlichkeit über die genaue Bedeutung des Zustandes "Hirntod" ist ein ganz entscheidendes Anliegen der Hirntodkritik.

Mit einer ehrlichen Information der Bevölkerung und einer Optimierung des Organisationsablaufes (Organspende, Organvermittlung, Transplantation) läßt sich die Spendebereitschaft weiter erhöhen, wie Beispiele in Spanien und Großbritannien zeigen, die hierfür zusätzlich Transplantations-Koordinatoren eingesetzt haben.

Unter dem nicht sehr glücklich gewählten Motto "Schenken Sie Leben" startet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) deshalb jetzt im Auftrage des Bundesgesundheitsministeriums eine Informations- und Aufklärungskampagne

zur Organspende, die auch von einem großen Teil der Ärzteschaft unterstützt wird.

Die legale Einführung eines Organspendeausweises mit freier Zustimmung bzw. Ablehnung (z.B. wie in Canada alle fünf Jahre mit Erneuerung des Führerscheins) würde die Diskussion um ein Gesetz mit enger oder erweiterter Zustimmungslösung erübrigen.

Organabgabe ist ein Geschenk der Nächstenliebe, denn nur die kostenlose Abgabe (*Hummel*) ist die Voraussetzung, um Organhandel und Manipulationen bei der Vergabe zu verhindern.

Die Ehrfurcht vor dem Tode und damit vor dem Leben als Ganzem vom Anfang bis zum Ende hat unser kulturelles Denken geprägt. "Weil Sterben

auch Leben ist" hat die Deutsche Hospiz-Stiftung sich zum Losungswort gegeben. Ziel abendländischer Ethik und moderner Naturwissenschaft kann nicht das Warten auf den Tod eines Mitmenschen sein, sondern wir müssen alle Anstrengungen darauf verwenden, dieses Problem auf eine andere Weise zu lösen.

Die Transplantation von Tierorganen dürfte hierbei konkurrieren mit dem passageren Einsatz von Kunststofforganen, der am Herzen bis zu einem Jahr bereits gelöst ist und die anschließende Transplantation ersparen kann (z.B. Berlin).

Literatur beim Verfasser

aus: FAZ vom 25.10.94  
Briefe an die Herausgeber

## Dem Individualtod gleichgesetzter Hirntod

Zur Stellungnahme der vier deutschen wissenschaftlichen Gesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Deutsche Physiologische Gesellschaft) zur Frage des Hirntodes (F.A.Z. vom 28. September): Ungeachtet aller philosophischen, theologischen und anthropologischen Überlegungen zum Tod des Menschen, deren Berechtigung nicht in Zweifel gezogen werden sollte der Arzt ausschließlich auf der Grundlage seines biologischen, seines medizinisch-naturwissenschaftlichen Wissens urteilen. Deshalb hält die Stellungnahme der wissenschaftlichen Gesellschaften zum Hirntod strengen medizinisch-biologischen Kriterien nicht stand, denn sie vermischt in unzulässiger Weise - wie es auch andere Verlautbarungen tun - biologische und anthropologische Argumente miteinander.

Die biologischen Kriterien zur Erkennung des Lebens reichen für eine biologische Definition des Todes aus. Es ist gänzlich unangemessen, andere Kriterien dafür anzuwenden. So ist die Erörterung des menschlichen Geistes, der menschlichen Seele und der menschlichen Person in einer solchen Definition fehl am Platze. Der menschliche Tod kann medizinisch-wissenschaftlich verstanden werden, ohne auf zweifelhafte und unbestimmte Begriffe wie Person, Seele, Geist und so weiter zurückgreifen zu müssen, die in ihrer Vieldeutigkeit naturwissenschaftlich nicht brauchbar sind. Ebenso ist der Funktionsverlust des Bewußtseins als Merkmal für den Tod des Menschen nicht geeignet, denn die Bewußtseinstätigkeit ist mit biologischen Methoden nicht nachzuweisen.

Der Hirntod kann nicht mit dem Tod des ganzen Menschen gleichgesetzt werden. Der Organtod des Gehirns ist genauso wie der Tod anderer Organe, zum Beispiel der Organtod der Leber, ein Partialtod. Die Gleichsetzung von Hirntod und Individualtod setzt in unberechtigter Weise voraus, daß die Funktion des Gesamtgehirns die spezifisch menschlichen Eigenschaften verkörpert. Das Ge-

hirn hat aber viele Funktionen, die nicht spezifisch menschlich sind und nicht mit Bewußtseins- oder geistigen Vorgängen verbunden sind, zum Beispiel die zentrale Regulierung der Atmung, des Kreislaufs und aller unbewußten reflektorischen zentralen Steuerungen, in denen kein Unterschied zur Rückenmarkstätigkeit besteht.

In der gegenwärtigen Diskussion der Todesdefinition wird außer acht gelassen daß der Hirntod des beatmeten Patienten auf der Intensivpflegestation einen Sonderfall darstellt. Im Regelfall pflegt ja der Mensch ohne apparative Unterstützungssysteme, insbesondere ohne künstliche Beatmung zu sterben. Der Todeszeitpunkt ist in diesem Normalfall durch das irreversible Aussetzen von Atmung und Herzschlag markiert. Es ist nun nicht angängig, diesen Sonderfall des isolierten Hirntodes dazu zu benutzen, um an die Stelle einer anerkannten und bewährten Definition des Todes eine neue, zweifelhafte, biologisch unzureichend begründete Definition zu setzen und zwar mit dem Ziel, die Entnahme vitaler Organe zwecks Transplantation zu ermöglichen, ohne Sanktionen befürchten zu müssen. Hier handelt es sich um eine äußerst vordergründige Argumentation, die blind ist gegenüber den unabsehbaren Folgen einer solchen Definition für die gesamte Medizin, einer Definition, die durch ihre Unschärfe unterschiedliche Interpretationen begünstigt.

Wenn der Individualtod mit dem Funktionsverlust des Gehirns gleichgesetzt wird, kann es nicht ausgeschlossen werden, daß auch Menschen mit anderen Hirnschädigungen, etwa schweren Erkrankungen des Großhirns, besonderen Formen der Geisteskrankheiten oder Menschen mit angeborenen Hirndefekten, für tot erklärt werden. Wenn man behauptet, daß mit dem Ausfall der Tätigkeit des Gehirns der betroffene Mensch aufhört, ein menschliches Lebewesen zu sein, so wird sich zum Beispiel die Frage erheben, ob denn ein sogenannter Apalliker, das heißt ein irreversibel Hirngeschädigter mit erhaltenen Hirnstammfunktionen, also ein bewußtloser Mensch mit noch vorhandener Atmung und entsprechenden Reflexen, noch ein menschliches Lebewesen sei.

Mit diesen Überlegungen wird keineswegs die Berechtigung zur Transplantation lebender Organe bestritten, aber die Organentnahme an einem hirntoten, sonst noch lebenden Organismus - also nicht an einer Leiche - muß an besondere Bedingungen geknüpft werden: neben der selbstver-

ständig gewissenhaften und sorgfältigen Diagnostik des Hirntodes ist eine ausdrückliche Einwilligung des Betroffenen nach vollständiger Information zu fordern, so wie es auch bei einem operativen Eingriff üblich ist. Mit der Todesdefinition Hirntod ist gleich Individualtod hat man den Boden gesicherten, biologisch-medizinisch begründeten Wissens verlassen und eine Grenze überschritten,

jenseits der man sich gewissermaßen in unwegsamem Gelände bewegt, das eine Fülle schwierigster Probleme birgt und uns mit gefährlichen Konsequenzen konfrontiert.

Professor Dr. med. Kurd Stapenhorst, Müllheim/Baden

Leserbrief in der SZ vom 31.12.94

## Falsche Gleichsetzung von Hirn- und Individualtod

Zu dem Leserbrief "Mit der Organspende eine Brücke vom Leben zum Tod" in der SZ vom 10./11.12. und dem Artikel "Das eigene Sterben ist unverletzlich" in der SZ vom 12./13.11.:

Es ist verständlich, daß sich Patienten, die ihr Leben einer Organspende verdanken, oder solche, die auf eine Organspende warten, durch den zitierten Artikel von HOFF, IN DER SCHMITTEN und RIXEN schockiert fühlen. Dennoch kann man die dort vorgelegte Argumentation nicht einfach als "geschickte Stimmungsmache" gegen Transplantationen, als "Philippika gegen Organspende" oder "an Scheußlichkeit nicht zu übertreffende Hetze" abtun. Es geht letzten Endes um das Problem des Hirntodes oder - mit anderen Worten - um die Definition des Todes. Ein Organempfänger als Betroffener ist zweifellos überfordert, wenn er hierzu Überlegungen anstellen oder gar Zweifel an der zur Zeit propagierten Hirntoddefinition zum Ausdruck bringen soll.

Trotz mehrerer mehr oder minder offizieller Stellungnahmen zur Definition des Todes werden nämlich die Fragen des Hirntodes nach wie vor kontrovers diskutiert. Die Gleichsetzung von Hirntod und Individualtod ist keineswegs allgemein akzeptiert, denn sie hält einer kritischen, medizinisch-biologischen Analyse nicht stand. Entgegen der Meinung des Leserbriefautors war und ist der Tod des Menschen durch den Arzt in aller Welt zweifelsfrei festzustellen. Der Todeszeitpunkt ist durch die irreversible Aussetzung von Atmung und Herzschlag markiert. Dies war auf der Grundlage biologisch-medizinischen Wissens nie strittig, auch wenn im Zusammenhang mit der Scheintot-Debatte vor 100 Jahren von inkompetenten Leuten Zweifel an dieser Todesdefinition geäußert und abstruse Verfahren zur Sicherung des Todes praktiziert wurden.

Der Organtod des Gehirns ist genauso wie der Tod anderer Organe, z. B. der Organtod der Leber, ein Partialtod, seine Identifizierung mit dem totalen Tod ist nicht zulässig. Die Gleichsetzung von Hirntod und Individualtod setzt in unberechtigter Weise voraus, daß die Funktion des Gesamtgehirns die spezifisch menschlichen Eigenschaften verkörpert. Das Gehirn hat aber viele Funktionen, die nicht spezifisch menschlich sind und nicht mit Bewußtseins- oder geistigen Vorgängen verbunden sind, z. B. die zentrale Regulierung der Atmung, des Kreislaufs und aller unbewußten re-

flektorischen zentralen Steuerungen, in denen kein Unterschied zur Rückenmarkstätigkeit besteht.

Mit der Definition des Hirntodes als Tod des ganzen Menschen ist nun ein neuer Tatbestand in die Medizin eingeführt worden, der in der Tat - auch hier irrt der Leserbriefautor - mit der Organtransplantationsmedizin zusammenhängt. Das läßt sich an Hand der 1968 an der Harvard-Universität in Boston geführten Diskussionen und der dann folgenden Verlautbarungen belegen. Mit der Ablehnung dieser Gleichsetzung von Hirntod und Individualtod wird nun keineswegs die Berechtigung zur Transplantation lebender Organe bestritten, wie fälschlicherweise häufig unterstellt wird, sondern es geht darum, einer verhängnisvollen weil folgenreichen Änderung des medizinischen Todesbegriffes zu wehren.

So sinnvoll die Hirntodbestimmung unter den Bedingungen der Intensivmedizin im Interesse der Patienten, der Angehörigen und der behandelnden Ärzte ist - der Unterzeichnete war während seines ganzen Berufslebens in der Herzchirurgie tätig und viele Male mit hirntoten Patienten konfrontiert -, so darf sie nicht um der Opportunität willen, nämlich um die Transplantationsmedizin ungehinderter praktizieren zu können, dazu mißbraucht werden, eine neue, biologisch unzureichend begründete Definition des Todes zu setzen. Wenn nämlich der Individualtod mit dem Funktionsverlust des Gehirnes gleichgesetzt wird, besteht die Gefahr, daß auch Menschen mit anderen Hirnschädigungen, etwa schweren Erkrankungen oder Defekten des Großhirns für tot erklärt werden. Solche Befürchtungen sind keineswegs gegenstandslos, wie entsprechende Diskussionen um den sog. Teilhirntod in den USA zeigen. Es ist also durchaus angezeigt, hier einen Unbedingtheitsstandpunkt bezüglich der allgemein anerkannten und bewährten Todesdefinition einzunehmen, der davor schützt, daß man eine Grenze überschreitet, jenseits der man sich gewissermaßen in unwegsamem Gelände bewegt, in dem wir mit gefährlichen und unabsehbaren Konsequenzen konfrontiert werden. Hier liegt ein klarer Fall von "principii obsta" vor.

Was nun die Transplantation vitaler Organe angeht, so sollte eine "enge Zustimmungslösung" angestrebt werden. Neben einer gewissenhaften und sorgfältigen Diagnostik des Hirntodes sollte eine ausdrückliche Einwilligung des Betroffenen vorliegen, d.h. der potentielle Spender sollte zu Lebzeiten nach vorheriger vollständiger Information seinen Willen zur Organspende schriftlich kundtun, so wie es auch bei einem operativen Eingriff üblich ist.

Prof. Dr. med. Kurd Stapenhorst, Müllheim

## Hirntod und Organtransplantation in moraltheologischer Sicht

Die immer raschere Entwicklung auf den verschiedenen Lebensgebieten, zumal im Bereich der Medizin, stellt die Moraltheologie häufig vor neue Probleme. Diese kann nur dann zu einer definitiven Antwort kommen, wenn zuvor die medizinisch-naturwissenschaftliche Sachlage geklärt ist. Auf dem Weg zur umfassenden Lösung müssen die betreffende Fachwissenschaft sowie Ethik und Moraltheologie Hand in Hand gehen. Dies gilt im besonderen für die Frage, wie der Tod des Menschen festgestellt werden kann und ob sowie wann es sittlich erlaubt ist, dem toten Leib lebenswichtige Organe zu entnehmen, um einem anderen Menschen zu helfen, der nur durch diese Organtransplantation gerettet werden oder die Gesundheit wiedererlangen kann.

Folgende wesentliche Grundprinzipien sind für die moraltheologische Stellungnahme zu dem genannten Problem zu beachten:

- **Kein lebender Mensch darf als Mittel für die Zwecke eines anderen Menschen eingestuft und benützt werden.** Einem lebenden Menschen darf kein lebenswichtiges Organ entnommen werden, was seinen Tod bedeuten würde. Der Katechismus der Katholischen Kirche sagt: "Die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, ist selbst dann sittlich unzulässig, wenn es dazu dient, den Tod anderer Menschen hinauszuzögern." Die dem menschlichen Leben geschuldete Achtung verbietet absolut, "es direkt und positiv zu opfern, wäre es auch zum Vorteil eines anderen Menschenwesens, das man aus guten Gründen glaubt bevorzugen zu dürfen".<sup>2</sup>

- **Nur wenn der Tod feststeht, ist es sittlich erlaubt, lebenswichtige Organe (z.B. Herz, Leber) zu explantieren.** "Da eine Organentnahme von Verstorbenen nur dann sittlich erlaubt sein kann, wenn mit Sicherheit feststeht, daß der Organspender tot ist, erweist es sich als notwendig, den Eintritt des Todes einwandfrei festzustellen."<sup>3</sup> Die Kriterien des unbezweifelbaren Todes im allgemeinen und im konkreten Fall festzustellen und sich an sie zu halten, ist Pflicht der Medizin und fällt in ihre Kompetenz. Nach vorherrschender Ansicht ist der Mensch tot, wenn die Funktion des Gesamthirns vollständig und irreversibel erloschen ist, selbst wenn gewisse Organe zunächst künstlich (Herz-Lunge-Maschine) in ihrer Funktion erhalten werden können. "Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt."<sup>4</sup> Die Entnahme von Organen ist sittlich nicht erlaubt, wenn nicht zuvor das gesamte Hirn irreversibel abgestorben ist. Dies macht es unmöglich, den Begriff Hirntod auszudehnen auf partielle, wenn auch schwere und dauernde Ausfallerscheinungen des Gehirns, oder gar auf die nur keimhafte Anlage des Gehirns im Embryo. "Dementsprechend kann der Begriff Hirntod nicht für noch so schwere Schäden

und Fehlbildungen (Aneenzephalie) mit teilweise erhaltener Hirntätigkeit gelten, ebensowenig für das im Mutterleib wachsende Kind, dessen Hirntätigkeit sich erst entwickeln wird."<sup>7</sup>

- **Eine eventuelle Ungewißheit des Todes wird nicht dadurch kompensiert, daß der Betreffende zu Lebzeiten die Verfügung getroffen hat, ihm könne ein lebenswichtiges Organ explantiert werden, wenn er irreversibel dem Tode geweiht und bewußtlos sei.** So wenig ein Arzt durch Entnahme eines Organs einen noch Lebenden töten darf, ebenso wenig darf ein Mensch im voraus die Erlaubnis dazu geben. Niemand darf in dieser Weise über sein Leben verfügen.

- **Niemand ist verpflichtet, durch eine Verfügung im voraus seinen Leichnam zur Entnahme von Organen freizugeben.** Eine derartige Pflicht würde die Menschen überfordern. Niemand kann zu etwas verpflichtet werden, das die menschlichen Kräfte weit übersteigt. Schwerste Bedenken und unüberwindliche emotionale Hindernisse können einer Vorausverfügung über den eigenen Körper nach dem Tode im Wege stehen. Wer sich jedoch frei dazu entschließt, verwirklicht in großzügiger Weise die Nächstenliebe. Dies um so mehr, wenn er den Fall im Auge hat, in dem der Mitmensch nur durch die Organtransplantation vor dem Tode gerettet werden kann.

- **In der Frage der Erlaubtheit der Organtransplantation nach erfolgtem Hirntod darf der Blick nicht nur auf den eventuellen Spender des Organs gerichtet sein.** Es ist auch an die Menschen zu denken, denen durch die Organspende geholfen werden kann. Ihre Not verpflichtet die Medizin und auch die Verantwortlichen im Staate, sich intensiv mit dem medizinischen und ethischen Aspekt der Frage zu befassen und sie einer größtmöglichen Klärung zuzuführen.

Es ist nicht gerechtfertigt, sich der Frage Hirntod und Organtransplantation mit der Behauptung zu verschließen, der Hirntod sei eine Zwecktheorie, um die Transplantation lebenswichtiger Organe von Mensch zu Mensch von vornherein ethisch zu legitimieren.

Es ist nicht das erste Mal in der Geschichte, daß zuvor unbekannte Möglichkeiten auf einem Lebensgebiet auch neue ethische Überlegungen gefordert haben. Dies hat nicht dazu geführt, sittliche Grundsätze und Normen aufzugeben, sondern sie tiefer zu erkennen und zu verfeinern. Es wurde nicht von vornherein kühn und freizügig konstruiert, um neuen Wegen im Gegensatz zu unaufgebbaren Prinzipien den Stempel der Rechtmäßigkeit aufzudrücken. Die Entwicklung zur Demokratie hat z.B. zur besseren Erkenntnis der allgemeinen Menschenrechte geführt. Die medizinisch-biologische Erkenntnis des Rhythmus in den geschlechtlichen Organen der Frau hat die traditionelle Sexualmoral nicht ignoriert und umgestoßen, sondern verfeinert (natürliche Empfängnisregelung). In solchen und ähnlichen Fällen ging es nicht um beliebige Zweckkonstruktionen, sondern um logische Weiterentwicklung der unverzichtbaren Prinzipien.

Die Frage Hirntod und Organtransplantation berührt die Anthropologie. Als Gegenargument beruft man sich teilweise auf die Einheit von Seele und Leib. Wenn nach Ausfall der gesamten Gehirnfunktion Organe wie Herz und Lunge, wenn auch künstlich, in ihrer Funktion erhalten werden könnten, könne man nicht von einem Toten sprechen, sondern nur von einem Sterbenden. Das Zweite Vatikanische Konzil hat nachdrücklich betont, der lebende Mensch sei "in Leib und Seele einer".<sup>6</sup> Die Einheit besteht nicht allein im engsten Ineinander von Seele und Leib, sondern auch in der Integrität des menschlichen Leibes durch die den Leib durchformende Seele. Durch den totalen Ausfall des gesamten Hirns fehlt die materielle Voraussetzung für diese Durchformung. Der Leib wird nicht mehr zentral gesteuert und integriert zur Ganzheit. Diese Argumentation liegt wohl auch den folgenden Worten des Papstes Johannes Paul II. zugrunde: "Er (der Tod) erfolgt, wenn das geistige Prinzip, das die Einheit des Individuums sichert, seine Funktionen für den Organismus und in ihm nicht mehr erfüllen kann, und seine sich selbst überlassenen Elemente sich auflösen."<sup>7</sup> Dem Leichnam gebührt Ehrfurcht, weil der Leib vor dem

Tod zeitlich-räumliche Gegenwart der Seele war und die Person sich in ihm verwirklichte. Die Explantation von Organen nach dem Tode widerspricht nicht der Ehrfurcht. "Die Feststellung des Hirntodes ist ein sicheres Anzeichen dafür, daß der Zerfall des ganzmenschlichen Lebens nicht mehr umkehrbar ist. Es ist von diesem Zeitpunkt an vertretbar, Organe für eine Organverpflanzung zu entnehmen."<sup>8</sup>

#### Anmerkungen

- 1 Katechismus der Katholischen Kirche Nr. 2296.
- 2 Papat Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer des Kongresses der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften am 14. Dez.1989, in: Der Apostolische Stuhl 1989, Libreria Editrice Vaticana - Verlag J.P. Bachern, S.1215.
- 3 Katholischer Erwachsenenkatechismus, Band II, Leben aus dem Glauben, 1995, S.315.
- 4 Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Gemeinsame Texte 1), Bonn/Hannover 1990, S.18.
- 5 Ebd. S. 17.
- 6 Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute Nr.14.
- 7 Wie Anm.2, S.1214.
- 8 Wie Anm.3, S. 316.

## Salz der Erde

Wenn Papst Johannes Paul II. ein Buch immer bei sich hat, wiederholt darin liest und es nicht aus der Hand gibt, dann muss es schon etwas Besonderes sein. So wird berichtet, dass der Privatsekretär des Papstes, ein polnischer Prälat, darum bat, das Buch ausgeliehen zu bekommen. Er bekam es aber nicht, sondern erhielt die Antwort, er möge sich das Buch auch erwerben. Das Buch "Salz der Erde" von Joseph Kardinal Ratzinger muss also von besonderer Aktualität sein.

Tatsächlich gibt es kein Buch, das so umfassend wie dieses sich mit der Lage des Christentums im allgemeinen und mit der Katholischen Kirche im besonderen am Ende des 2. Jahrtausends unserer Zeitrechnung befasst. Keines der Probleme, die sich aufgestaut haben, wird in ihm ausgelassen, Auf jedes einzelne wird mit einer profunden Sachkenntnis eingegangen. So bleiben von den Forderungen des Kirchenvolksbegehrens nicht mehr viel übrig, als "platzende Seifenblasen", die nicht dazu beitragen, die wirklichen Aufgaben der Zeit zu lösen. Verdunkeln doch Ehescheidung, Abtreibung, Pornographie, Prostitution und Pädophilie sowie Süchte aller Art das Bild der modernen Gesellschaft.

Auf was es schließlich ankommt, gibt Kardinal Ratzinger auf die Fragen des Journalisten Peter Seewald nach der Zukunft der Kirche im dritten Jahrhundert inhaltlich die gleiche Antwort, die er noch als Professor in Regensburg 1970 schon einmal in einer Schrift über die Zukunft des Glaubens im Kapitel über "Die Kirche im Jahre 2000" geschrieben hat: "Die Zukunft der Kirche kann und wird auch heute nur aus der Kraft derer

kommen, die tiefe Wurzeln haben und aus der reinen Fülle ihres Glaubens leben. Sie wird nicht von denen kommen, die nur den bequemen Weg wählen, die der Passion des Glaubens ausweichen und alles für falsch und überholt, für Tyrannis und Gesetzlichkeit erklären, was den Menschen fordert, was ihm wehe tut, ihn nötigt, sich preiszugeben. Sagen wir es positiv: Die Zukunft der Kirche wird auch diesmal, wie immer, von den Heiligen neu geprägt werden. Von Menschen also, die mehr wahrnehmen als Phrasen, die gerade modern sind.

Alfred Häußler

\* \* \*

### Eine große Bitte an alle Abonnenten unserer Zeitung

Um diese Zeitung auch an viele senden zu können, die keine Mitglieder unserer Aktion sind, müssen wir die Abonnenten bitten, uns hin und wieder eine Spende zukommen zu lassen. Dieser Ausgabe liegt ein Zahlschein bei, mit dem Sie dazu beitragen können, daß auch in Zukunft unsere Zeitung weiter erscheinen kann.

Vielen Dank

## Ist der sogenannte "Hirntod" der Tod des Menschen?

### Wie kam es zu der Definition Hirntod?

Von der Öffentlichkeit lange Zeit unbemerkt, war in der Medizin eine neue Todesdefinition hinzugekommen. Nicht mehr allein der irreversible Stillstand der Herz- und Atmungstätigkeit, sondern ebenfalls eine "schwere Hirnschädigung" bei aufrecht erhaltener Funktion des Herzens und der Atmung wurde unter bestimmten Bedingungen als Tod des Menschen deklariert. Die sogenannte Hirntod-Definition ist neueren Datums. Einer der ersten, der sich aus anthropologischer und ethischer Perspektive mit der Problematik dieses Begriffes befaßt hat, war Hans Jonas. Er bezieht sich zunächst auf einen Bericht über die Definition des Hirntodes, den im August 1968 eine hierzu eingesetzte Kommission der Harvard Medical School veröffentlicht hatte. Das Harvard-Gutachten "definierte irreversibles Koma als Gehirntod, wenn folgende diagnostischen Merkmale vorliegen: 1. Abwesenheit jeder feststellbaren Gehirntätigkeit (flaches Elektroenzephalogramm) und jeder gehirnhängigen Körpertätigkeit wie spontane Atmung und Reflexe; 2. Er setzt den so definierten Gehirntod gleich mit dem Tode des ganzen Leibes, also des Patienten, was außer der amtlichen Todeserklärung den Abbruch aller künstlichen Funktionshilfen durch Atmungsgerät und sonstige Erhaltungsmaßnahmen erlaubt - sowie unabhängig davon (also mit oder ohne solchen Abbruch) die Entnahme von Organen für Transplantationszwecke: Der dies freistellende Leichnamstatus des Leibes beginnt mit der Feststellung des Gehirntodes als solchen."<sup>1</sup>

Es geht also darum, das bis dahin "irreversible Koma" als neue Definition des Todes anzuerkennen mit dem Ziel, den Leichnamstatus des Leibes zu erreichen mit allen daraus erwachsenden pragmatischen Konsequenzen. Mit anderen Worten geht es also darum, "den Zeitpunkt der Toderklärung vorzulegen: die Erlaubnis nicht nur, die Lungenmaschine abzustellen, sondern nach Wahl auch umgekehrt sie (und andere "Lebenshilfen") weiter anzuwenden und so den Körper in einem Zustand zu erhalten, der nach älterer Definition Leben gewesen wäre (nach der neuen aber nur dessen Vortäuschung ist) - damit man an seine Organe und Gewebe unter den Idealbedingungen herankann, die früher den Tatbestand der Vivisektion gebildet hätten."<sup>2</sup>

Es sind vor allem zwei pragmatische (zweckhafte) Ziele, die im Gegensatz zur traditionellen Todesbestimmung im Vordergrund stehen. Zum einen möchte man Angehörige, Patienten, Mediziner und Pflegekräfte nicht mehr die Last eines irreversiblen Komas aufbürden, zum anderen möchte man transplantieren. Eine Neudefinierung des Todes erreicht beides. Wenn man sagt, der Mensch sei tot, braucht man ihn nicht mehr als Lebenden zu pfle-

gen und zu versorgen. Und man kommt an die Organe heran, ohne daß ein Staatsanwalt wegen einschlägiger Delikte tätig werden müßte.

### Macht und Herrschaft des Menschen über den Menschen

Die absolute Herrschaft des Menschen über den Menschen ereignet sich in unserer Zeit also auch und gerade durch Definition. Denn wenn der Tod neu definiert worden ist und die entsprechenden Formalitäten erfüllt sind, ist der komatöse Patient plötzlich - und zwar durch Unterschriften - kein Patient mehr, sondern ein Leichnam. Ihm ist der Leichnam-Status nicht nur zugestanden, sondern aufgezwungen, aufoktroiert worden. Der mit Ausnahme des Gehirns funktionierende Organismus ist für tot erklärt worden. Der Patient konnte sich wegen seines komatösen Zustandes nicht dagegen wehren. Mit ihm wird und wurde verfahren.

Nun kann aber eine Definition nicht das ersetzen, was an sicherem Wissen nicht vorhanden ist. Es ist im ursprünglichen Sinne des Wortes arrogant, ohne tieferes Nachfragen, aus Unkenntnis also, etwas festzusetzen und festzuschreiben, was sich der sicheren Erkenntnis entzieht.

### Definiton als Fiktion

Eigentlich sollte eine Definition (lat. Abgrenzung) eine eindeutige Bestimmung eines Sachverhaltes oder einer Wortbedeutung sein, ausgedrückt in größtmöglicher Klarheit, Vollständigkeit und Kürze. Eine Definition sollte realistisch sein, indem sie Wesensmerkmale des zu Definierenden unmißverständlich gegenüber allen andersgearteten Gegenständen abgrenzt. Eine Definition sollte eine echte und angemessene Wesenserfassung über die Wahrheit eines Sachverhaltes oder Vorganges ermöglichen, also eine wirkliche Einsicht in das Wesen der zu erklärenden Sache schaffen.

Bei der Definition "Hirntod" ist aber das Gegenteil der Fall. Es wird keine Klarheit über das Wesen einer Sache erreicht, sondern es wird per definitionem Verschleierungs- und Verdunkelungstaktik betrieben zum Zwecke der Durchsetzung eigener Interessen. Man setzt formal das Mittel einer Definition ein. Unkritische Leser vermeinen nun, das Wesen einer Sache sei unzweideutig angegeben. In Wirklichkeit aber will man etwas anderes erreichen. Die Definition Hirntod erweist sich somit als Nebelkerze.

### Feststellung des Todes

Nun gehörte es bislang jedenfalls zur Aufgabe der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis, Kriterien und den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen. Das war in der Vergangenheit weltweit einheitlich unumstritten und ohne erhebliche Kontroversen möglich. Man definierte, wie oben angedeutet, den Tod nach dem irreversiblen Stillstand der Herz- und Atmungstätigkeit und damit auch der

Gehirnfunktionen. Will man sich aber heute zum Beispiel anhand eines einschlägigen medizinischen Wörterbuches in dieser Hinsicht informieren, dann stößt man alsogleich auf Schwierigkeiten. Im "Psyhyrembel"<sup>3</sup> etwa hat der Terminus "Hirntod" längst Einlaß gefunden.

Unter "Hirntod" heißt es hier: "(engl.) brain death; Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion; Voraussetzungen für die Feststellung des H.: Vorliegen einer schweren Hirnschädigung u. hochwahrscheinlicher Ausschluß einer reversiblen Störung der Hirnfunktionen od. von Bewußtseinsstörungen bekannter Ursachen, z. B. nach Vergiftungen ..."<sup>4</sup>

Das Augenmerk ist vor allem zu richten auf den Terminus: "Vorliegen einer schweren Hirnschädigung". In der 254. Auflage dieses Wörterbuches war noch von "Teilhirtod" die Rede. In den neueren Auflagen entfällt unter "Koma" der Unterbegriff "irreversibles Koma". Das "Vorliegen einer schweren Hirnschädigung" wird hier also dem Terminus "Hirntod" zugrunde gelegt. Es kommt noch hinzu, daß der "Hirntod" in der ganzen Welt keineswegs einheitlich definiert wird. Auch daher werden ethische Fragestellungen unumgänglich.

## Einheitlicher Todesbegriff?

Heute gibt es auch und gerade im medizinischen Bereich keine einheitliche Definition des Todes. Die Literatur weist weltweit über 300 verschiedene Hirntoddefinitionen auf. Der gegenwärtige Expertenstreit spiegelt sich in der Praxis auch dadurch wieder, daß unterschiedliche Interessen immer wieder zu einander divergierenden Definitionen führen.

Von "Apallikern" oder "dauerhaft Vegetativen" spricht man häufig dann, wenn in diesen Patienten irreversible Pflegefälle erblickt werden, von "Wach-Koma-Patienten", wenn die Möglichkeit einer Genesung ins Auge gefaßt wird. Unter dem Gesichtspunkt, daß zum Zwecke der Organtransplantation mehr Tote hermüssen, erklärt man solche Patienten gern als "Teilhirtote". In diesem Sinne wird in den USA z. B. (John Fletcher) die Ausdehnung der Todesdefinition auf "Großhirn-tote" gefordert.

Auch die jährlich rund 600 in Deutschland geborenen "anenzephalen" Säuglinge, die in Wahrheit eine erhebliche Schädigung oder Verkümmernng des Großhirns aufweisen, haben in Anwendung der Hirntod-Definition niemals gelebt und dürfen nach Auffassung einer Reihe von Experten zum Zwecke der Organtransplantation verwendet werden. Man argumentiert in einer plausibel klingenden, aber nichtsdestoweniger verhängnisvollen Weise: Wenn es denn als erlaubt gilt, die Organe "Hirntoter" zum Zwecke der Transplantation zu explantieren, dann dürfe man auch solche Kinder verwenden, die angeblich niemals ein Gehirn gehabt hätten bzw. ebenfalls hirntot seien.

Interessant ist indessen, daß man sich bei dergleichen Vorgängen um ethische Rechtfertigungen bemüht, die man dann im Vergleich zu anderen Vorgängen heranzieht.

Was aber insgesamt auffällt, ist der Tatbestand, daß der Todesbegriff selbst in der Medizin nicht mehr einheitlich festgestellt werden kann und daß es anstelle einer gültigen Definition diesbezügliche willkürliche Setzungen gibt. Bei solcher schon all-

gemein gewordenen Unsicherheit, Liberalisierung und Individualisierung ist schon gefordert worden, es möge doch jeder gefälligst selber festlegen, wann er denn tot sei. So grotesk das klingen mag: Tatsächlich machen Mediziner der University of Pittsburg den Vorschlag, in Anbetracht der Unsicherheit bei den Ärzten solle doch jeder selbst bestimmen, wann er als tot gelten möchte: Bei Ausfall der Herz- und Atmungstätigkeit (klassischer Tod), bei starken Beeinträchtigungen des Gehirns (Hirntod) oder wenn sein Bewußtsein längere Zeit nicht wiederkehrt (irreversibles Koma).

Bei dieser Lage, in der wir uns befinden, ist aber auch zu fragen, ob heute wirklich die Medizin allein die maßgebende Instanz sein kann, um Leben oder Tod eines Menschen festzustellen, oder ob bei der gegenwärtigen Verwirrung ethische und theologische Instanzen mahnend und korrigierend eingreifen müssen, um der Wirklichkeit des Menschlichen gerecht werden zu können.

Immerhin ist in der Ausbildung der Mediziner seit langem das Philosophikum durch das Physikum ersetzt worden. Und es ist evident, daß man nicht leben und gleichzeitig tot sein kann. Beschwichtigend hört man sagen: "Die Fähigkeit, Leben und Lebenszeichen festzustellen, ist bei Medizinern unterschiedlich ausgeprägt." Mit solchen Hinweisen, die sicherlich zutreffen, ist aber die Problematik, in der wir uns befinden, keineswegs gelöst. Wohl kann man Menschen zu Tode definieren, aber an einer Definition ist bis heute noch niemand gestorben.

## Grenze zwischen Leben und Tod

Die Grenze zwischen Leben und Tod ist nun einmal nicht mit Sicherheit nachzuzeichnen. Es gibt beim beginnenden wie beim erlöschenden Leben von Menschen nicht zu erhellende Geheimnisse.<sup>5</sup> Warum soll denn eigentlich der komatöse Patient, dessen Herz- und Atmungstätigkeit künstlich unterstützt werden, kein Leben mehr haben, also tot sein? Nur darum, weil die aus keineswegs abgesicherter Fachliteratur eruierten Kriterien für den Eintritt des Hirntodes als gegeben erscheinen? Bei der Elektroenzephalographie z. B. soll eine isoelektrische Linie (Nullinie) bestehen.<sup>6</sup>

Das Leben von Menschen auf meßbare Hirnströme zu reduzieren, ist von vornherein anthropologisch fragwürdig, ja unstatthaft, u. a. darum, weil der ganze Mensch als Geist-Seele-Leib-Einheit nicht mehr wahrgenommen wird. Und es kommt, am Rande gesagt, noch hinzu, daß die Apparate, welche die Hirnströme messen (EEG), nicht von Medizinern, sondern von Elektronikern hergestellt worden sind. Mediziner, die mit dieser Technik umgehen, müssen sich auf all das verlassen, was Elektroniker vorgeben. Mediziner sind also insofern durchaus fremdgesteuert - übrigens hinsichtlich der Pharmazie ebenfalls.

Elektroniker aber sind es heute u. a. auch, welche auf die grundsätzliche Unzuverlässigkeit von Apparaten aufmerksam machen und vor allem darauf, daß heute vieles meßbar ist, was vor kurzem elektronisch noch nicht wahrgenommen werden konnte. Es kann mehr als vermutet werden, daß zahlreiche Menschen zum Zwecke der Organtransplantation zu Tode definiert worden sind; auch darum, weil elektronische Apparate gewünschte (oder auch nicht gewünschte!) Hirnströme noch

nicht aufzeichnen konnten. Und noch ein Gesichtspunkt sollte erwähnt werden. Bevor Apparaturen dieser Art als Massenprodukte in Krankenhäusern und Arztpraxen zur Anwendung kommen, haben sie eine lange Zeit der Entwicklung hinter sich. Und was heute in solchen Apparaten noch nicht meßbar ist, das ist nach Angaben von Elektronikern in elektronischen Laboratorien schon längst meßbar. Bei sogenannten "Hirntoten" sind Hirnströme meßbar.

Das bestechende, aber nichtsdestoweniger fragwürdige Argument, daß der Mensch nur dann lebe, wenn elektronisch wahrnehmbare Hirnströme nachweisbar seien, dieses Argument wird heute in immer umfangreicher werdender Fachliteratur entkräftet und widerlegt.<sup>7</sup> Es kommt noch hinzu, daß bei Messung durch die Nase plötzlich all das wieder meßbar wird, was vorher unmöglich schien. Auch werden im Moment der Entnahme der Organe zum Zwecke der Transplantation für eine kurze Zeit all die bislang vermißten Ströme wieder meßbar, und der sonst normale Blutdruck des "Hirntoten" steigt erheblich an. Ebenfalls gibt es glaubwürdige Berichte darüber, daß der Totgesagte bei beginnender Explantation die Augen öffnen kann. Darüberhinaus kennt der Insider grundsätzlich und in jedem Einzelfall die Unzuverlässigkeit von Apparaten. Außerdem mißt die Elektroenzephalographie nur die elektrische Tätigkeit von der Oberfläche des Gehirns. "Von Patienten, die ein isoelektrisches Elektroenzephalogramm (Nulllinie) gehabt haben, weiß man, daß sie wieder genasen."<sup>8</sup>

Selbst wenn es möglich wäre, menschliches Versagen im medizinischen Bereich auszuschließen, so mag doch niemand für die Zuverlässigkeit von Apparaten zu garantieren. "Der Patient muß unbedingt sicher sein, daß sein Arzt nicht sein Henker wird und keine Definition ihn ermächtigt, es je zu werden. Sein Recht zu dieser Sicherheit ist unbedingt; und ebenso unbedingt ist sein Recht auf einen eigenen Leib mit allen seinen Organen. Unbedingte Achtung dieses Rechtes verletzt keines anderen Recht. Denn niemand hat ein Recht auf eines anderen Leib. - Um noch in einem anderen, religiösen Geist zu sprechen: Das Verscheiden eines Menschen sollte von Pietät umhegt und vor Ausbeutung geschützt sein."<sup>9</sup>

## Die Achtung vor dem menschlichen Leben

Und es muß ebenfalls angemerkt werden, daß aus christlicher Perspektive niemand das Recht hat, über seinen eigenen Leib willkürlich zu verfügen.

Ein Beispiel möchte ich erwähnen: Als ich auf einer Vortragsreise zum Thema "Die Achtung vor dem menschlichen Leben"<sup>10</sup> unterwegs war, wurde ich nach einem Vortrag in der Diskussion mit eben solchen Fragen hinsichtlich der Grenzlinie zwischen Leben und Tod befragt. Im Verlauf der Aussprache meldete sich eine Operationsschwester mit langjähriger Berufserfahrung zu Wort, nannte ihren Namen, ihre Anschrift und ihre ehemalige Arbeitsstelle. Sie teilte mit, daß ein Patient auf Organe eines "Hirntoten" gewartet habe. Die Transplantation habe noch nicht stattfinden können, weil eine Infektion bei dem aufnahmebereiten Patienten aufgetreten sei. Man habe also warten müssen. In

dieser Zwischenzeit nun sei der "Hirntote" erwacht. Er lebe heute gesund im Ort X., Name und Anschrift des ehemals "Hirntoten" wurden öffentlich mitgeteilt.

Nun mag dieses Beispiel Seltenheitswert besitzen, es ist aber nicht das einzige dieser Art. Im deutschen Fernsehen sind bereits etliche ehemalige "Hirntote" und deren Angehörigen zu Wort gekommen. Zunehmend macht der kritische Journalismus auf solche Vorgänge aufmerksam. Vor nicht langer Zeit ist ein hirntot geschriebener 21jähriger Amerikaner namens John Martin im Marin General Hospital im kalifornischen Greenbrae nach zehn Tagen erwacht. Julie Christine wachte am Bett ihres Sohnes, als dieser einige Stunden nach dem Ausschalten der Geräte plötzlich die Augen öffnete und mit den Worten "ich liebe dich" die Hände seiner Mutter ergriff. Die Beerdigung ihres Sohnes hatte sie bereits vorbereitet. Nicht nur die Angehörigen, sondern ebenfalls die Ärzte zeigten sich mehr als überrascht.<sup>11</sup>

Trotz solcher sich mehrender Berichte wird aber im allgemeinen die Realität so aussehen, daß der als hirntot definierte, irreversibel komatöse Patient nicht wieder zum Bewußtsein kommt. Aber darf der Körper in diesem Fall als Organbank dienen? "Nur Geier und Schakale fallen sofort darüber her", vermerkt Willi Geiger, Senatspräsident a.D. am Bundesgerichtshof und Bundesverfassungsrichter a.D..<sup>12</sup> Es gibt nicht nur das Grundrecht auf Leben, sondern auch und insbesondere "das Grundrecht auf willkürfreie Behandlung."<sup>13</sup>

Durch die heute immer weiter ausgreifenden Explantationen von Organen unter bewußter Ausnutzung der Verwischung der Grenzen zwischen Leben und Tod des Spenders, und zwar dadurch, daß man ebenfalls bewußt und manipulativ den definitiven Übergang von der Feststellung des irreversiblen Komas zur Feststellung des Hirntodes vollzieht, auch dadurch betätigt sich heute keineswegs eine humane, jedenfalls aber eine technisierte Medizin. Komatöse Patienten, die kraft Definition als tot gelten, gelten nun ebenfalls definitiv nicht mehr als Patienten, sondern als Leichname, mit denen all das angestellt wird, was als erlaubt gilt und wozu das Forschungs- oder Transplantationsinteresse drängt. Es entwickelt sich eine Eigendynamik des Machbaren. Und weil die Industrie des Körpers und am Körper unaufhaltsam expandiert, übt das Faktische eine normative Kraft aus. So berufen sich Spezialisten darauf, daß anderswo ebenso verfahren werde und daß dadurch ihre Handlungen gerechtfertigt seien. Der komatöse Patient hat weitgehend keine Chance mehr zu leben, er ist zu einer "postmodernen Leiche"<sup>14</sup> geworden. Der gegenwärtige Transplantationsrausch, um nicht zu sagen Transplantationswut, ist übermächtig geworden.

## Lebensfunktionen von "Untoten"

"Es ist kein Zweifel, daß wir es beim Hirntod noch mit einem lebenden Organismus zu tun haben. 97 Prozent des Organismus sind beim Hirntod noch lebendig. Es ist eine metaphorische Leistung, in solch einer Situation doch vom Tod des Gesamtorganismus reden zu wollen ..." resümiert Detlev B. Linke.<sup>15</sup>

Vermutlich sind sogar beim sog. Hirntod doch weit mehr als 97 % des Organismus noch lebendig. Mit

großer Sicherheit hat auch das totgesagte Gehirn noch die Qualität des Lebendigen, denn ein Leichenteil im Organismus würde dessen baldigen Tod verursachen. Es sind lediglich beschreibbare Funktionen nicht mehr wahrnehmbar und meßbar. So gibt es bei "Hirntoten" das sog. Lazarus-Syndrom, worunter man versteht, daß der Totgesagte die Krankenschwester etwa umarmt, wenn sie das Bett aufschüttelt. Hier haben wir es mit der von Linke genannten "metaphorischen Leistung" zu tun, solche Patienten als tot zu deklarieren. Man spricht bezeichnenderweise vom "Hirntodsyndrom", obwohl man im allgemeinen unter "Syndrom" ein Krankheitsbild versteht<sup>16</sup>, welches am lebenden Menschen diagnostiziert wird. Den Tod als Krankheitsbild zu deklarieren, gehört in der Tat zu einer postmodernen Medizin.<sup>17</sup>

Des weiteren kann es bei "hirntoten" Männern zu dauerhaften Erektionen kommen, so daß sie unter gewissen Umständen noch Kinder zeugen könnten. Und es ist durchaus möglich, daß Ärzte, die solche Patienten zu Tode definiert haben, aufgrund von Potenzstörungen etwa keine Kinder zeugen können. Was dergleichen Lebensäußerungen anbetrifft, können "Hirntote" also solchen Ärzten gegenüber weitaus überlegen sein.

Und was hirntoten Männern recht ist, das ist hirntoten Frauen billig. Denn sie können u.U. als moderne "Zombies" oder "Untote", wie man sie auch schon bezeichnet hat, noch Kinder gebären. Der Vorgang und die Diskussion um das Erlanger Baby haben zur Genüge gezeigt, welcher Sprengstoff in anthropologischer und ethischer Hinsicht hier verborgen ist. Während sich nahezu das gesamte emanzipatorische Lager entrüstete, wieso man denn einer toten Frau noch zumuten könne, ein Kind zu gebären, sie also zu mißbrauchen, bemühten sich hochqualifizierte Experten, wenigstens das Leben des Kindes zu retten. Das Kind kam schließlich durch Spontangeburt - leider tot - zur Welt. Man hatte übrigens schon Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt. Schon öfter waren Kinder von totgesagten Müttern - und zwar lebend - geboren worden. Die Erlanger Rettungsaktion hat aber unmißverständlich erwiesen, daß diese Frau keine Leiche war, daß also eine Leiche kein Kind gebären kann. Und eine Spontangeburt ist ohne Einwirkung und Steuerung des totgeglaubten Gehirns ebenfalls nicht möglich.<sup>18</sup>

Komplexe Lebensfunktionen als nachklingende Reflexe von toten Menschen zu deklarieren, bedeutet nun aber, Willkür walten zu lassen und eine Blickverengung auf jene klinisch feststellbaren Kriterien vorzunehmen, die man vorher pragmatisch, also zweckhaft, festgelegt hat. Willkür heißt nun aber, daß der Wille zur Dominanz gelangt ist, nicht aber tieferes Verstehen, nicht die Einheit von Einsicht und Willen, die gemeinsam im Gewissen, dem Inbegriff des Wissens, verankert sein sollten. Und man wird fragen dürfen, warum es denn so viele verschiedene Register von Kriterien für den "Hirntod" gibt. Inzwischen weist die Literatur weltweit mehrere Hundert verschiedene Kriteriengruppen für die Feststellung des "Hirntodes" auf. So ist es denn auch nicht verwunderlich, daß er längst nicht in allen Ländern akzeptiert wird.

Selbst wenn die von Menschen festgesetzten Kriterien für den "Hirntod" erfüllt werden, bleibt der Patient durch lebenserhaltende Maßnahmen noch eine Zeitlang am Leben, denn "viele Systeme ar-

beiten in gegenseitiger Abhängigkeit einschließlich das Cardiovascular-System (Herz-Kreislauf-System), das Drüsensystem mit Absonderungen nach außen und innen, das Ausscheidungssystem und das Verdauungssystem." Es fehlen die typischen Merkmale einer Leiche, wie z. B. Kälte, Reaktionslosigkeit, Starrheit, blauschwarze Flecken. "Mit anderen Worten: Die Körperfunktionen und die Einheit des Körpers bestehen noch. Diese Einheit kann für einen Zeitraum von Tagen, ja sogar Wochen andauern. Dann versagen unvermeidlich alle Systeme, und der "somatische" Tod tritt ein."<sup>19</sup>

Eine weitere Frage schließt sich an, nämlich diejenige, wie denn der Zustand eines als "hirntot" definierten Patienten beurteilt werden soll, bei dem schließlich die lebenserhaltenden Maßnahmen abgestellt worden sind, bei diesem aber eine Zeitlang weiter die o. g. Lebensfunktionen anhalten, also ohne jene stabilisierenden Maßnahmen? Wenn gleich es Mediziner gibt, welche diese Frage als belanglos abtun, so dürfte sie doch aus ethischer und anthropologischer Perspektive von Belang sein. Es taucht nämlich ernsthaft die Frage auf, ob es als akzeptabel betrachtet werden kann, "die Beerdigung atmender Kadaver mit schlagendem Herzen" vorzunehmen. (Größtes Problem bei den Pittsburgh-Ärzten)<sup>20</sup> Diese Frage erinnert mich fatal an den Ausspruch eines Transplantationschirurgen, der auf die Frage, ob denn die "Hirntoten" ganz und gar tot seien, antwortete: "Das kann doch höchstens einen Totengräber interessieren, nicht aber einen Transplantationschirurgen, der wirklich transplantieren will."

## Pragmatismus und Utilitarismus

Außerdem hört man gar nicht selten das Argument, daß die als hirntot deklarierten, irreversibel komatösen Patienten ohnehin keine Lebenschance hätten, also sterben müßten und daß sie daher für das "organische Recycling" noch nutzbringend verwendet werden könnten. Die praktische Nützlichkeit und der praktische Erfolg, also Pragmatismus und Utilitarismus, stehen somit im Vordergrund. Die Verwirklichung des Utilitarismus wird übrigens ebenfalls deutlich bei der heute geübten selektiven Abtreibung.<sup>21</sup>

Parallelen hierzu gibt es auch bei der Frage, die im Zusammenhang mit der In-vitro-Fertilisation gestellt wird, was denn etwa mit überzähligen oder "verwaisten" Embryonen zu geschehen habe, welche die "Chance zur Menschwerdung" nicht hätten und daher verworfen würden. Diese Embryonen könnten dann, indem sie geopfert würden, der Menschheit einen letzten Dienst erweisen.

Im übrigen ist das Argument, dem Tode Ausgelieferte könnten noch Nutzen bringen, gar nicht so neu. Auch im Nationalsozialismus glaubten Forscher und Praktiker, die Verfahren mit tödlichem Ausgang, also terminale Experimente, an Menschen vornahmen, sich moralisch mit dem Hinweis zu rechtfertigen, daß eben die Personen, an denen sie manipulierten, ohnehin dem Tod ausgeliefert seien. Wenn man aber Leben willkürlich beenden darf, weil Leben auf natürliche Weise oder durch Fremdeinwirkung ebenfalls ein Ende findet, dann kann ja letztlich wohl kaum jemand mehr sicher sein, daß sein Leben von anderen nicht manipulativ und definitiv ausgelöscht wird.<sup>22</sup>

Es ist grundsätzlich und in jedem Einzelfall ethisch nicht erlaubt, daß das Leben von Menschen beendet wird, daß Menschen also getötet werden, um dadurch die Lebenschancen anderer Menschen zu erhöhen. Tut man es dennoch, dann handelt es sich um katastrophale Einbrüche in unerlaubte Bereiche.

Man darf aber keineswegs Medizinern allgemein ein mangelndes Verständnis auf diesem Gebiet vorwerfen. Das wäre ungerecht. Zahlreiche Vertreter unter ihnen melden heute erhebliche Bedenken gegen den sog. Hirntod an, oder sie verwerfen diese pragmatische Konzeption gänzlich.<sup>23</sup> Insbesondere gibt es immer mehr Anästhesisten, welche bei Kolloquien etwa zu diesen Themenbereichen die Frage aufwerfen, warum sie denn eigentlich anästhesieren, also ein Narkoseverfahren in Gang setzen sollen, wenn der Patient schon tot sei. Anästhesiert aber wird durchaus bei der Organentnahme von "Hirntoten". Von Leichen wurde bislang noch nicht berichtet, daß sie bei Sektionen hätten narkotisiert werden müssen. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß Berufsorganisationen der Pflegeberufe das Hirntodkonzept vehement ablehnen.

Weitere Fragen werden heute diskutiert, und zwar weltweit. Drei will ich nur nennen, sie aber aus Platzgründen hier nicht weiter behandeln. Einmal ist es die Frage, ob eine Organtransplantation überhaupt zum Wohle des Organempfängers erfolgen kann.<sup>24</sup> Zweitens gibt es jene, keineswegs immer öffentlich geführte Diskussion darüber, daß man weniger Organe bekommen würde, wenn den betroffenen Angehörigen und der Öffentlichkeit die Wahrheit über den wirklichen Zustand der komatösen Patienten mitgeteilt würde. Und es ist die Frage, ob denn immer ausreichend genug reanimiert wird, wenn die Möglichkeit der weitaus lukrativeren Organgewinnung besteht.

Es wäre an der Zeit, ein ganzes Buch zu schreiben über Empfindungen solcher Menschen, die im - auch im sog. irreversiblen - Koma gelegen und später darüber berichtet haben, daß sie also weitaus mehr mitbekommen haben, als utilitaristisch und merkantil ausgerichtete Transplantationschirurgen wahrhaben möchten. Solche Patienten haben zum Teil jedenfalls all das verfolgen können, was mit ihnen angestellt wurde. Das gilt nach glaubwürdigen Berichten auch für jene, die im "Hirntod" gelegen haben.

### Stellungnahme der Kirche

Angesichts solcher weltweit diskutierten Problemkreise hatte Papst Johannes Paul II. bereits an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften vom 14. Dezember 1989<sup>25</sup> eine Ansprache gehalten, in der es heißt: "Man darf aus dem menschlichen Leib kein bloßes Objekt machen oder ein Mittel für Experimente, wobei lediglich die Normen der wissenschaftlichen Forschung und der technischen Möglichkeiten gelten" (3). Und es heißt weiter: "Das Problem des Augenblicks des Todes hat auf praktischer Ebene schwerwiegende Folgen, und dieser Aspekt ist auch für die Kirche von großem Interesse."... "Genauer gesagt besteht die tatsächliche Wahrscheinlichkeit, daß das Leben, dessen Weiterführung man durch Entnahme eines lebenswichtigen Organs unmöglich macht, das einer lebenden Person ist, während doch die dem

menschlichen Leben geschuldete Achtung absolut verbietet, es direkt und positiv zu opfern, wäre es auch zum Vorteil eines anderen Menschenwesens, das man aus guten Gründen glaubt, bevorzugen zu dürfen. (5)

Noch deutlicher äußert sich der Papst in der Enzyklika "Evangelium vitae": "Mit Hilfe äußerst spitzfindiger Systeme und Apparate sind Wissenschaft und ärztliche Praxis heute in der Lage, nicht nur für früher unlösbare Fälle eine Lösung zu finden und Schmerzen zu lindern oder zu beheben, sondern auch das Leben selbst im Zustand äußerster Schwäche zu erhalten und zu verlängern, Personen nach dem plötzlichen Zusammenbruch ihrer biologischen Grundfunktionen künstlich wiederzubeleben sowie Eingriffe vorzunehmen, um Organe für Transplantationen zu gewinnen."

Indem in diesem Zusammenhang das Wort "Euthanasie" ausdrücklich genannt wird, heißt es unter diesem Stichwort weiter: "In einem solchen Umfeld zeigt sich immer stärker die Versuchung zur Euthanasie, das heißt, *sich zum Herrn über den Tod zu machen, indem man ihn vorzeitig herbeiführt* und so dem eigenen oder dem Leben anderer 'auf sanfte Weise' ein Ende bereitet. In Wirklichkeit stellt sich, was als logisch und menschlich erscheinen könnte, wenn man es zutiefst betrachtet, als *absurd und unmenschlich* heraus. Wir stehen hier vor einem der alarmierendsten Symptome der 'Kultur des Todes'."<sup>26</sup>

### Ideologien und Gefahren im Wissenschaftsbereich

Es bestehen heute gerade im Wissenschaftsbereich mannigfache Ideologien und Gefahren. Unsere Zeit ist ganz überwiegend von Utilitarismus und Pragmatismus gekennzeichnet. Die Gefahr, zusammengehörende Realitäten voluntativ und argumentativ auseinanderzureißen, ist besonders groß. Es scheint ein neuer Dualismus gnostischer Prägung aufgekommen zu sein. Das alte, gnostische Leib-Seele-Problem scheint heute in einer neuen Variante vor uns zu stehen.<sup>27</sup>

Der gnostische Dualismus sieht u. a. eine grundsätzliche, wesentliche und wertehafte Trennung von Geist-Seele und Leib, wobei die Seele als Teil des Lichtes, der Leib dagegen als finsterner und böser Bestandteil des Menschen in die Finsternis zurückfällt, von der er gekommen ist. Für unseren Zusammenhang ist aber die gnostische Blickverengung im Sinne eines Blickzwanges auf die Geistigkeit des Menschen aufschlußreich. Würde und Existenz des Menschen werden fast ausschließlich aus seiner Geistbestimmung her abgeleitet. Das ist ein Hauptpunkt der gnostischen Irrlehre.

"Der Leib ist eine große Vernunft"<sup>28</sup>, läßt Nietzsche seinen Zarathustra sagen und wendet sich diesmal richtig gegen die Einseitigkeit derer, welche auch die geistige Realität des Leibes nicht ernst nehmen.

Der Mensch ist eine Einheit aus Leib und Seele, auch dann noch, wenn geist-seelische Aktions- und Reaktionsweisen nicht mehr nachweisbar sind. Einen Menschen für tot zu erklären, nur weil Vorgänge im Gehirn mit den Mitteln naturwissenschaftlicher Medizin nicht mehr sichtbar und meßbar gemacht werden können, ist fundamental ungerecht und wirklichkeitsfremd. Man darf den Men-

schen nicht einseitig zum "Hirnwesen" degradieren. Das wäre eine Ignoranz der Schöpfungsordnung. Der Mensch ist zeitlebens eine leib-seelische Einheit.<sup>29</sup> Der KKK betont insbesondere: "Die Einheit von Seele und Leib ist so tief, daß man die Seele als die "Form" des Leibes zu betrachten hat, das heißt die Geistseele bewirkt, daß der aus Materie gebildete Leib ein lebendiger menschlicher Leib ist. Im Menschen sind Geist und Materie nicht zwei vereinte Naturen, sondern ihre Einheit bildet eine einzige Natur."<sup>30</sup>

Aus all dem geht schon hervor, daß der Leib des Menschen niemals isoliert erscheinen kann. Er ist immer auf die Geist-Seele angewiesen. Anders lautende Auffassungen und Definitionen sind realitätsferne, reine Setzungen. Wir haben nicht Leib und Seele, wir sind eine leib-seelische Einheit.

Die Ausbreitung derzeitiger neurologischer und neurochirurgischer Terminologie legt nicht selten eine rein sektorale Perspektive nahe, nicht aber eine integrale Sicht, die allein der Wirklichkeit des Menschen und der christlichen Auffassung entsprechen kann.

## Zusammenfassung

Das Problem, um das es sich hier handelt, ist dieses: Menschen, die sich im Prozeß des Sterbens befinden, dürfen auch aus pragmatischem Interesse nicht als tot deklariert werden. Der Mensch darf nicht für tot erklärt werden, bevor nicht die Zerstörung des gesamten Gehirns und gleichzeitig auch der irreversible Ausfall der Atmungs- und Kreislaufsysteme vorliegen. Mit anderen Worten: "Der Tod darf nur nach seinem Eintritt, nicht vorher erklärt werden."<sup>31</sup> Tut man es dennoch, dann ist das eine fundamentale Ungerechtigkeit, ein Anschlag auf die Humanität und eine Ignoranz der Schöpfungsordnung. Ein Mensch, der sich im Prozeß des Sterbens befindet, ist noch lebendig und muß als Lebender behandelt werden. Mehr noch, er bedarf der besonderen Zuwendung von Seiten der Mitmenschen.

Die Ehrfurcht vor dem sterbenden Menschen gehört zu den Grundlagen jeder Kultur. Der Schwund einer Kultur zeigt sich aber gerade dann, wenn die Schwächsten eliminiert werden. Das Konstrukt "Hirntod" ist eine Setzung, für die kein Wahrheits- oder Wahrscheinlichkeitsbeweis angetreten werden kann.

## Anmerkungen

- 1 Hans Jonas, Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt 1985 (Insel) und 1987 (Suhrkamp), hier 1987, S. 220
- 2 Ebd., S. 221.
- 3 Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica, Berlin/New York, 1994.
- 4 Ebd.
- 5 Balkenohl, M., Reis, H., Schirren, C, Vom beginnenden menschlichen Leben. Ethische, medizinische und rechtliche Aspekte der Gentechnologie und der Fortpflanzungsmedizin, Hildesheim, 1987.
- 6 Jonas, ebd., S. 221.

- 7 Vgl. Hirntod, immer noch umstritten. Eine kritische Abhandlung von Dr. med. Joseph Evers, Prof. der Kinderheilkunde an der medizinischen Fakultät der Georgetown-Universität in Washington, D.C. und Dr. med. Paul A. Byrne, Mitarbeiter der medizinischen Fakultäten der Universität von St. Louis, Mo., sowie an der Creighton Universität in Omaha, Neb., und der Oral Roberts Universität, seit 1989 Direktor der Kinderheilkunde-Abteilung des Ärztlichen Zentrums St. Vincent in Bridgeport, Connecticut, U.S.A. Übersetzung von Prof. Dr. Gerhard Fittkau, aus: The Pharos of Alpha Omega Alpha, Honor Medical Society, Vol. 53, No. 4, Fall 1990, p. 10-12. Erschienen in: Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 16. Jahrg., Dez. 1994, 55ff.
- 8 A. E. Walker and G. F. Molinari, Criteria of cerebral death. Trans Am Neurol Assoc. 100: S. 29-35, 1975, zit. N. J. Evers, a.a.O., S. 56.
- 9 Jonas, ebd., S. 223.
- 10 M. Balkenohl, Die Achtung vor dem menschlichen Leben, in: Ders., Vom Sinn des Lebens, Orientierungen in unruhiger Zeit, Stein am Rhein, 1992.
- 11 NB Nr. 12 v. 19. März 1995.
- 12 Willi Geiger, Wie und wie weit schützt das Grundgesetz die Würde und das Leben des Menschen? In: W. Böhme (Hg.), Menschenwürde und Schutz des Lebens. Zur Ethik der Gentechnologie, Karlsruhe, 1987, S. 12.
- 13 Ebd.
- 14 Vgl. auch Detlev B. Linke, Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Hamburg 1993, S. 120.
- 15 Ebd., S. 117.
- 16 Syndrom = Symptomenkomplex; Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen.
- 17 Vgl. Linke, a.a.O., S. 119.
- 18 Vgl. H. Schneider, Die Erlanger Rettungsaktion. Eine achtseitige Dokumentation von Pro Conscientia e.V. vom Schutze menschlichen Lebens und für das ungeborene Kind, Heidelberg 30.3.1993; vgl. ferner M. Siegler and D. Winkler, Brain death and livebirth, editorial JAMA 248: S. 1101-2, 1982, S. 1101, zit. N. J. Evers u.a., a.a.O., S. 58.
- 19 P. A. Byrne, S. O'Reilly, P.M. Quay et al., Brain death - the patient the physician, and society. Gonzaga Law Review 18 (3), 429-516, 1982-83, in: Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 16. Jahrg., Dezember 1994, S. 57.
- 20 Lt. Spiegel-Bericht vom 3.3.1997.
- 21 Vgl. M. Balkenohl, Gentechnologie und Humangenetik Ethische Orientierungen, Stein am Rhein 1989, S. 21 ff.
- 22 Ebd., S. 81ff.
- 23 Vgl. R. Greinert, G. Wuttke (Hg), Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Göttingen 1993. Vgl. H. Piechowiak, Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns, Frankfurt, 1987.
- 24 Ebd.
- 25 L'Osservatore Romano. Wochenausgabe in deutscher Sprache, Nr. 7 vom 16. Febr. 1990, S.10.
- 26 Enzyklika EVANGELIUM VITAE von Papst Johannes Paul II. vom 25. März 1995, 64.
- 27 Vgl. M. Balkenohl, Gibt es Gnostizismus in Ethik und Moral? In: W. Eckermann, R. Sauer, F. G. Untergaßmair (Hg.), Erlösung durch Offenbarung oder Erkenntnis? Zum Wiedererwachen der Gnosis, Kvelaer, 1992.
- 28 Friedrich Nietzsche, Werke in drei Bänden, München 1955, II, 300.
- 29 Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993, 362-368.
- 30 KKK 365. - Schon Aristoteles äußert sich antignostisch: "anima forma corporis".
- 31 J. Evers u. a., a.a.O., 56; vgl. auch J. Bonelli, Leben-Sterben-Tod, in: Der Status des Hirntoten, Heidelberg 1995, S. 94-107; F. Largiadier, Checkliste Organtransplantation, Stuttgart 1996; F. Schadt, Der Hirntod-Tod des Menschen? Zur Kritik der Vorverlegung des Todeszeitpunktes", Frankfurt 1995; J. Hoff/J. in der Schmitzen, Wann ist der Mensch tot?, Hamburg 1995.

\* \* \*

Wir sind nicht nur verantwortlich für das, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun.

Molière

## Zur ethischen Beurteilung von Organ-Transplantationen

Das Thema der Organ-Transplantationen ist nicht nur ein medizinisch-technisches, sondern wird auch nach seiner juristischen und ethischen Seite erörtert, und dies desto mehr, je tiefer sie in das persönliche Leben der Menschen eingreifen, der Organe empfangenden ebenso wie der Organe spendenden<sup>1</sup>. Der vorliegende Beitrag befaßt sich nur mit der ethischen Seite des Themas, das schon in zahlreicher Literatur erörtert wird, und zwar mit Beurteilungs-Kriterien, die von ausschließlich ethisch-normativer Art, nicht von bloß empirischer oder pragmatischer Art sind, d.h. nicht von immer neuen empirischen Fakten bio-medizinischer Forschung abhängen sollen. Angesichts des schwierigen Themas mögen die hier vorgelegten Überlegungen jederzeit durch bessere korrigiert werden.

### 1) Zu Handlungsbereich und -zweck der Organ-Transplantation

Aus der zahlreichen Literatur zur Organ-Transplantation wähle ich die jüngst erschienene von A. Anzani aus<sup>2</sup>, die aus der medizinischen Praxis die auftretenden Fragen in zusammenfassender Form darlegt und sie mit Hilfe ethischer Kriterien zu beantworten versucht. Die Abhandlung geht von den Tatsachen aus, daß heute einerseits viele Patienten auf der Warteliste für Organtransplantationen stehen, andererseits zu wenige Organe zur Verfügung stehen. Für Italien ergibt eine Schätzung von 1992, daß für eine Million Einwohner jedes Jahr 40 Nieren, 7 Leber und 7 Herzen benötigt würden, aber das Angebot deckt nur weniger als die Hälfte der Nachfrage (a.a.O., 7). "Von 1986 bis 1991 wurden in Italien 1.019 Herz-, 536 Leber-, 3.169 Nieren-, 78 Pankreas-, 8 Lungen-, und 11 Herz-Lungen-Transplantationen durchgeführt" (8). Der Autor fährt fort:

"Daher ist es nur natürlich sich zu fragen, auf welchen ethischen Grundlagen... sich das Auswahlkriterium stützt. Ist das Alter ein zu befolgendes Unterscheidungskriterium? Ist es recht, von der Liste einen jugendlichen Patienten, der auf die Transplantation wartet, zu streichen und das Organ einem alten Patienten zu geben? Oder umgekehrt? Und wenn auf der Warteliste Patienten mit positivem HIV stehen, wie soll man sich ihnen gegenüber verhalten? Soll man dennoch die Transplantation ausführen? Ist es ferner erlaubt, über den Lebensstil des Patienten, sei er Spender oder Empfänger, Auskünfte einzuholen? Aber es kommen noch andere Fragen hinzu: Ist es erlaubt, Organe zu kaufen? Muß sich der Arzt, der die Transplantation durchführt, darum kümmern, wie das Organ besorgt worden ist? Wenn die Technik es zuläßt, ist die Transplantation jedes beliebigen Organes erlaubt? Darf man fötale Gewebe verpflanzen? Oder, so könnte einer noch radikaler hinzufü-

gen, warum soll man sich überhaupt diese Fragen stellen?" (9).

Anzani versucht, "erste Antworten" zu geben, wobei er sich von der Verpflichtung des Arztes zum Hippokratischen Eid leiten läßt: immer zum Wohle des Kranken zu handeln. Er führt dann wichtige ethische Richtlinien für die Organ-Transplantationen an:

1. die wissenschaftlich-technische Ausbildung der Operateure,
2. die Anerkennung der sog. Indikationen für die Transplantation,
3. die Zustimmung des Spenders,
4. die Annehmbarkeit der Risiken,
5. die Zustimmung des Empfängers,
6. Deckung der Mittel und Kosten.

Aus ethischer Sicht sind diese Richtlinien sicherlich die der gegebenen Situation angemessenen, nämlich aus ihr ethisch das Beste zu machen. Wenn aber die Überlegung auf die Änderung der Bedingungen selbst ginge, die zur gegenwärtigen Situation geführt haben, so könnten sich folgende Fragen stellen: Ist die Transplantation an sich ethisch so ohne weiteres zu rechtfertigen? Sie bedeutet doch immerhin die Verstümmelung oder zumindest Beeinträchtigung eines gesunden Organismus. Die Verantwortlichen sind sich dessen auch bewußt; denn sie sagen, daß die Transplantation nur im äußersten Notfall zur Anwendung kommen soll, wenn kein anderer Weg mehr offensteht, dem Kranken zu helfen. Ist jedem sein Leib so frei verfügbar, daß er aus ihm ein Organ herauschneiden lassen darf, um es einem anderen zu geben? Sicherlich nicht zu kommerziellen Zwecken, sondern nur um eines großen Opfers willen für einen hohen Zweck. Wenn aber vom Lebensopfer die Rede ist, sollte dies vielleicht nicht nur vom möglichen Spender erwogen werden, sondern auch vom Patienten mit einem unheilbar kranken Organ? Ferner, ist ein Patient ethisch berechtigt, auf das Organ eines Gesunden zu "warten"? Ist es ein ethischer Konflikt, wenn zwei Patienten auf der "Warteliste" in Konkurrenz geraten? Ferner, Auskünfte über die private Lebensweise einer Person einzuholen, kann sicherlich zu einer ethischen Frage werden, aber sie ergibt daraus, daß der Leib zur Individualität der Person gehört, weshalb Eingriffe in den individuellen Leib ein ethisches Problem werden können. Schließlich: Ist es ethisch überhaupt gerechtfertigt, menschliche Föten zur Verfügung zu stellen, so daß dann die Frage der Gewebe-Entnahme zu einer ethischen Frage werden kann?

Diese Fragen scheinen zwar auf "Ideale" gerichtet und der Praxis in der gegebenen Situation nicht dienlich zu sein. Sie scheinen auch dem guten Willen des Arztes und des Spenders, zu helfen, nicht gerecht zu werden, noch auch dem Willen des Patienten, wieder gesund zu werden. Aber das Verständnis für die gegenwärtige Situation muß nicht notwendig dazu führen, nur eine Ethik des

Kompromisses gelten zu lassen, die der gegenwärtigen Pragmatik folgt. Jede normative Ethik setzt sich auch für die Verbesserung der Bedingungen der bestehenden Verhältnisse ein. Ein Ideal wird Realität, wenn die rechten Intentionen sich in konkretes Handeln umsetzen. Kompromisse entstehen nicht aus ganzen, sondern aus halben Intentionen. Um nur einige Gedanken aufzunehmen, die auch in Diskussion sind, aber wohl nicht genügend Gehör finden: Es ist bekannt, daß viele Köperschäden durch ungesunde Lebensweise entstehen (z.B. Alkoholismus, Rauchen, Drogen usw.), durch falsche Ernährung, durch Umweltverschmutzung (Verkehrslärm und -abgase usw.), so daß es sinnvoll erscheint, mehr Gelder zur Verbesserung in diesen Bereichen zu investieren; ferner auch mehr zur Verbesserung der künstlichen Organe. Da schließlich bekannt ist, wieviel leibliches Leid durch seelisches verursacht ist, bleibt es natürlich eine besondere Aufgabe für Staat und Kirche, im Erziehungswesen die "Gesundheit der Seele" zu fördern.

Um eine Handlung ethisch richtig beurteilen zu können, muß sie zunächst in den entsprechenden Handlungs- und Lebensbereich eingeordnet und dem entsprechenden sittlichen Zweck zugeordnet werden, um sie mit den richtigen Kategorien zu beurteilen. Einige Beispiele: In Fragen sportlicher Aktivitäten sollte es nicht um geldlichen Verdienst gehen, noch auch um Ausrüstungen mit immer größerer wissenschaftlicher Präzision, da der dem Sport zugehörige Lebensbereich nicht die Arbeit ist, die dem Geldverdienst dient, auch nicht der Wissenschaft, sondern die Freizeit, mit dem Ziel der Erholung des Geistes und der körperlichen Gesundheit. (Der Wettbewerb dient dem spielerischen Messen der Kräfte.) - Künstlerische Darbietungen sind nicht eine Sache der Produktion, sondern der seelischen Bildung des Menschen, der die Kunstwerke dienen sollen. - Die Technik wiederum gehört dem Bereich der Produktion an und sollte deshalb nicht für ein Bildungsziel selbst stehen. - Was nun die Spende von Organen betrifft, so gehört sie nicht in den Bereich zu verteilender oder zu spendender Güter, sondern in den Bereich der Heilung von Gebrechen und Krankheit, wobei in Frage steht, ob dies auch durch die Schädigung eines gesunden Körpers geschehen dürfe, nicht ob ein Gut gespendet werden solle. Im letzteren Falle könnte geradezu eine Verpflichtung entstehen, spenden zu sollen, wie z.B. bei einer Geldspende, im ersteren Falle dagegen nicht. Der eigentliche Gesichtspunkt dürfte wohl der des Opfers sein, oder des Risikos, um eines hohen Zweckes willen.

## 2) Kriterien ethischer Beurteilung

Anzani läßt sich bei der ethischen Beurteilung der Transplantation von folgenden Überlegungen leiten (11-13): Es darf bei ihr kein "technologischer Szientismus" vorherrschend sein, der alles für ethisch erlaubt hält, was technisch machbar ist, also auch der Transplantation keine Grenzen setzt. Die Vernunft des Menschen ist nicht nur eine technologische; er selbst ist nicht bloß ein *homo technologicus*. Der Autor erinnert uns, daß die Technik "von einer unleugbaren und tiefen Ambivalenz gekennzeichnet ist;... sie kann dem Guten und dem Schlechten dienen". Daher muß für unser Handeln

und den technischen Fortschritt das ethische Kriterium "die Achtung und die Förderung des Menschen als Menschen" sein.

E. Sgreccia<sup>3</sup> deutet öfters die Bedenken an, die sich bei der bestehenden Praxis der Organ-Transplantation einstellen, wobei er zwischen ihren verschiedenen Arten unterscheidet, die zugleich von unterschiedlichem Gewicht für die ethische Beurteilung sind, je nachdem ob nur Gewebe oder Organe transplantiert werden, und ob nur untergeordnete Funktionen ausführende Organe oder ob zentrale, steuernde Organe wie Herz, Stamm- und Großhirn, hormonale Drüsen u. dgl. Er stellt dann drei ethische Maßstäbe heraus:

1. Die Verteidigung des Lebens sowohl des Spenders als auch des Empfängers: Im Falle eines lebenden Spenders bleibt eine wichtige Frage die, ob die Organ-Entnahme eine Minderung der Lebensleistung des Spenders mit sich bringt. Eine Frage, die sich meist nicht endgültig und für den Einzelfall beantworten läßt. Ferner sollte die positive Wirkung der Transplantation beim Patienten gewährleistet sein, so daß sie mit dem Opfer des Spenders zumindest die Waage hält. Aber auch dies bleibt im Einzelfall wohl immer eine offene Frage. Der Autor betont, daß der Patient keineswegs zum Gegenstand medizinisch-chirurgischer Experimente werden darf. Der eigene Leib ist dem Menschen nicht verfügbar, es sei denn der Eingriff erfolge zum Wohl des Leibes selber (wie auch letztlich der Seele). Soweit die Transplantation nicht am eigenen Leibe erfolgt, sondern an einem fremden, könnte nur das Motiv der Solidarität und Gemeinschaft mit dem anderen gelten. Im Falle der Organ-Entnahme *ex cadavere*, müßte der Tod des Spenders eindeutig festgestellt worden sein. Besonders schwere Probleme ergeben sich, wenn als Kriterium schon der Hirntod genommen wird.

2. Die Verteidigung der personalen Identität des Empfängers und seiner Nachkommen: Nach diesem Maßstab sind Transplantationen des Stammhirnes, der Genitalien und der hormonalen Drüsen ethisch fragwürdig, weil sie zu eng mit der Individualität der Spenderperson verflochten sind, so daß die biologische und psychologische Identität des Empfängers angetastet wird. Mir erscheinen ethischen die Bedenken gerechtfertigt, wobei zu betonen ist, daß sich die auftretenden Fragen nicht allein aus biologisch-medizinischen Gegebenheiten klären lassen, sondern von vornherein aus gesamt-menschlicher Sicht erörtert werden müssen<sup>4</sup>, und das heißt unter Anerkennung einer menschlichen Seele im Menschen, die sich den leiblichen Organismus aufgebaut hat, und der dieser Organismus in individueller Weise dient.

3. Das Erfordernis der Zustimmung zur Organ-Transplantation von seiten des Spenders und des Empfängers: Der Zustimmung muß eine umfassende Information vorhergehen hinsichtlich der Risiken, Folgen und Schwierigkeiten der Transplantation. Dies gilt natürlich in besonderem Maße bei Organ-Entnahme *ex vivo*, muß aber auch bei der *ex cadavere* gelten; denn wenn auch der Leichnam keine Person mehr ist, sondern nur noch eine Sache, so bleibt er doch ein Gegenstand der Pietät, sowohl in Bezug auf den Willen dessen, der früher

in ihm gelebt hat, als auch auf die Verwandten, die zu ihm noch ein Verhältnis der Achtung bewahren.

### 3) Anthropologische Grundlage

Wenn für die ethische Beurteilung der Handlungen, die der sog. Bioethik angehören, die Sicht auf den ganzen Menschen notwendig ist, so bedarf sie m.E. der philosophisch-anthropologischen Grundlage. Wenn sich dann die Frage stellt, wie sich diese erschließt, so dürfte die Antwort sein: sicherlich nicht von biologischen Gegebenheiten aus, sondern vom Selbstbewußtsein des menschlichen Subjekts aus, dem verantwortlichen Träger der Handlungen, der Vernunft, die alle Fragen stellt und Antworten sucht. Die Außenerfahrung des Naturwissenschaftlers führt uns niemals zum Verständnis dessen, was "Leben" und "Seele" ist, was "Vernunft", "Mensch", "Person", "Würde", "sittlich gut", "erlaubt" usw. ist, sondern dies eröffnet sich nur aus der Innenerfahrung, vom Selbstbewußtsein und Gewissen her.

Richtig bemerkt z.B. A. Pessina in seiner Abhandlung zur Bioethik<sup>5</sup>, daß die Frage, ob der menschliche Embryo schon von Anfang an ein Mensch ist, nicht von der Biologie gestellt werden kann; denn sie setzt ein Vorverständnis vom Menschen voraus, das die Naturwissenschaften nicht eröffnen. Sie haben "quantitativ meßbare Phänomene im Blick" und betrachten den Leib eher nach dem Modell einer Maschine (wie auch der Begriff "gene-engineering" nahelegt). Es fehlen m.E. die Kategorien des Lebens und der Seele als Lebensprinzips, sowie die der lebendigen Finalität oder Zweckmäßigkeit, mit der Seele als Zweckursache.

Im Selbstbewußtsein weiß die Vernunft vom immateriellen Eigensein der menschlichen Seele und ihrer selbst als höchsten seelischen Vermögen, über dem sinnlichen und vegetativen Vermögen, die in den materiellen Leibesorganen tätig sind. Vom Zustand des Erwachsenen kann dann auf den des Embryos zurückgeschlossen werden. So läßt sich z.B. aus der Erkenntnisweise der Vernunft, vom Materiellen zu abstrahieren, erschließen, daß sie ohne Leibesorgan tätig ist, und daß sie daher auch nicht im Zeugungsprozeß, mittels eines materiellen Trägers, von den Eltern in den Embryo transferiert wird, sondern von außen hinzukommt, wie schon Aristoteles bemerkt; sie wird, christlich gesprochen, von Gott in jedem Embryo erschaffen<sup>6</sup>.

Ferner läßt sich vom Zustand des Erwachsenen, in welchem die Vernunft nicht ihre Tätigkeiten ausüben kann ohne die zugrundeliegenden Tätigkeiten der Sinnesvermögen, erschließen, daß sie auch im Embryo nicht früher auftreten kann, als bis wenigstens in ihm schon eine Sinnestätigkeit vollzogen wird, was wieder mindestens den Beginn eines leiblichen Organs voraussetzt. Für die Vernunft sind die Sinnesvermögen gleichsam das "Organ", auf das sie sich stützt, um zu ihren eigenen Tätigkeiten überzugehen.

Diese Einsichten sind nicht unwichtig, wenn es um die Organ-Entnahme *ex mortuo* geht, und das medizinische Interesse besteht, ein lebendes Organ aus einem klinisch toten Spender zu gewinnen.

Diskutiert wird gegenwärtig der Fall des sog. Hirntodes, bei dem der Spender tot wäre, wiewohl noch Herz und Kreislauf in Funktion sind, und insofern auch das zu entnehmende Organ noch lebt. Nach den soeben erwähnten Einsichten läßt sich jedoch sagen, daß bei noch vorhandenen Organ-Funktionen und den mit ihnen verbundenen Sinnestätigkeiten auch die menschliche Seele noch anwesend ist, mag sie auch keine geistigen Tätigkeiten mehr ausüben.

Analoges würde für den menschlichen Embryo in einem frühen Stadium gelten, in welchem er noch keine geistigen Tätigkeiten vollzieht, wohl aber schon Sinnestätigkeiten ausübt (oder schon Sinnesempfindungen hat). Auch hier ist nach Analogie zum Erwachsenen zu sagen, daß im Embryo schon das Geistprinzip anwesend sein kann, auch wenn es noch nicht die ihm eigentümlichen Tätigkeiten vollzieht.

Eine jüngere Abhandlung zum Thema des Hirntodes zeigt sich zu Recht beunruhigt über die Versuche, den Tod des Menschen durch den "Hirntod" zu definieren<sup>7</sup> und so "das Leben von Menschen auf meßbare Hirnströme zu reduzieren" (M. Balckenohl, a.a.O., 16), und stellt fest (J. Evers - P.A. Byrne, 37), "daß es nach dem gegenwärtigen Stand der ärztlichen Kunst nicht gelungen ist, den Zeitpunkt des Todes genau festzulegen". Doch wäre es m.E. sinnvoll, klar zwischen der leiblich-biologischen Ebene für die medizinisch-klinische Beurteilung und der personalen Ebene für die anthropologische und ethische Beurteilung zu unterscheiden. Hierzu ist es notwendig, neben dem leiblichen Organismus als Materie-Ursache des Menschen die menschliche Seele als Form-Bewegungs-Zweckursache anzuerkennen.<sup>8</sup>

Die menschliche Seele baut sich aus drei Teilprinzipien auf: dem vegetativen, sensitiven und intellektiven Prinzip. Der Eintritt und Austritt des immateriellen Geistprinzips in den bzw. aus dem Leib verhalten sich inkommensurabel zur meßbaren Zeit, die ja immer an körperliche Bewegung gebunden ist. Vom gegenwärtigen Stand ärztlicher Kunst könnte also nur eine noch präzisere Messung des Aufhörens von Hirnfunktionen abhängen, nicht aber die Feststellung des menschlichen Todes. Es ist richtig: "die menschliche Person ist nicht ihr Hirn und auch nicht ihr 'Funktionieren als Mensch', der Mensch ist vielmehr von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod als Person zu achten und zu behandeln" (J. Seifert im Vorwort der Abhandlung, 8). Aber dies muß m.E. naturphilosophisch und anthropologisch begründet werden im Rückgang auf die Seele als substantielle Form-Bewegungs-Zweckursache im Menschen. Auch der Personalismus unserer Tage fordert zur Achtung der Person auf, reduziert jedoch die Person auf einen Prozeß der Personalisierung, der Selbstschöpfung (*Mounier: autocreation*) des Menschen in geistigen Akten (kultureller, sozialer, kommunikativer, altruistischer Art) und betrachtet die substantielle Natur des Menschen nur in seiner leiblichen und triebhaften Konstitution, die an sich individualistisch und egoistisch sei. Die traditionelle Anthropologie hingegen betrachtet auch den Geist/die Vernunft als zur Wesensnatur des Menschen gehörig (die sich in sich komplex ist und

sowohl Leib und Trieb als auch Geist oder Vernunft umfaßt). Dies wiederum lehnt der Personalismus (fälschlich) als Objektivierung oder Reifizierung des Geistes ab. Daher läßt sich das Person-Sein des menschlichen Embryos schon im ersten Stadium gerade nicht aus der personalistischen Position verteidigen, da ja der Embryo in den Anfangsstadien noch keine geistigen Akte vollzieht, wiewohl er, von der traditionellen Anthropologie aus gesehen, schon von Anfang an eine immaterielle menschliche Seele hat, zunächst mit dem vegetativen und Sinnesvermögen, dann mit dem Geistvermögen.

Hinsichtlich der Frage des Hirntodes weisen J. Evers und P.A. Byrne gut darauf hin, daß dieser noch nicht den Tod des gesamten Menschen bedeuten kann; denn auch nach Ausfall der Hirnfunktionen vollziehen sich im Leib noch eine Reihe anderer organischer Funktionen, was anzeigt: "Die Körperfunktionen und die Einheit des Körpers besteht noch" (42). Auch hier erschiene es mir konsequent, auf die immaterielle Seele als Prinzip des Lebens und der Einheit des Lebens zurückzugehen.

Wenn man die Diskussion der Organ-Transplantation, die sie durch den Hirntod als Tod des Menschen begründet, mit der Diskussion über Euthanasie verbindet, wie dies in der genannten Abhandlung geschieht, weil in beiden Fällen der Tod des Menschen medizinisch-klinischem Handeln zur Verfügung gestellt werde, sollte man doch auch den wesentlichen Unterschied zwischen beiden

Fällen sehen: Während die Befürworter der Organ-Transplantation beim Hirntod nicht menschliches Leben töten wollen - und nach ihrem Erkenntnisstand den Hirntod für den Tod des ganzen Menschen halten -, sind die Befürworter der Euthanasie entschlossen, menschliches Leben zu töten, weil sie es im Falle schwerer Krankheiten für unwert halten, noch weiter fortgesetzt zu werden.

#### Anmerkungen:

- 1 Aus der Italienischen Spezialliteratur seien z.B. besonders erwähnt: *Attualità medico-morali: Trapianto di cuore e trapianto di cervello*, Roma 1983 (Editore Orizzonte Medico); *Etica dei trapianti d'organo*, Simposio Nazionale (Associazione Medici cattolici italiani, sez. Roma), Monticelli Terme (Parma) 1991. Als deutsche Publikation (Diss. Roma 1990) liegt eine jüngere Spezialarbeit vor von Christoph Bockamp: *Transplantation von Embryonalgewebe. Eine moraltheologische Untersuchung*, Frankfurt/M. 1991 (Peter Lang, Reihe XXIII Theologie, Bd. 425).
- 2 Alfredo Anzeni, *Trapianti d'organo: Problemi etici, aspetti sociali*, Fizzonasco 1996 (Lauri Edizioni).
- 3 Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, Milano 2 1991, 444 ff.
- 4 Auf die gesamt menschlichen Perspektive in der anstehenden Thematik verweisen sehr gut nicht nur Sgreccia, sondern auch D. Tettamanzi und E. Bonè.
- 5 Adriano Pessina, *Bioetica e antropologia Il problema dello statuto ontologico dell'embrione umano*, in: *Vita e pensiero* 6 (1996), 402-424.
- 6 Diese zuerst von Aristoteles aufgestellte Annahme, die dann auch von der mittelalterlichen Scholastik übernommen worden ist, scheint von der Gehirnphysiologie unserer Tage bestätigt zu werden, wonach die Landkarte des Großhirns nur mit motorischen und sensorischen Funktionen besetzt ist, also keinen Platz speziell für geistige Tätigkeiten aufweist.
- 7 *Organspende, letzter Liebesdienst oder Euthanasie*, hrsg. v. Walter Ramm, Abtsteinach (Derscheider) 21995.
- 8 Die Unterscheidung ist keine Erfindung von Philosophen, sondern entspricht einer allgemein menschlichen Grunderfahrung, die sich übrigens auch in der Bibel findet.

aus Zeit-Fragen, März 1997

## Das Recht auf Leben kommt jedem Menschen zu

In der anerkannten Rechtswissenschaft ist das Recht auf Leben unumstritten: «Das Recht auf Leben kommt jedem Menschen als einer natürlichen Person zu, das heisst, das Lebensrecht leitet sich anthropologisch aus der personenhaften Natur des Menschen ab und wird jedem allein deswegen garantiert, weil er der Gattung Mensch angehört, unabhängig von Alter, Rasse, Gesundheits- und Geisteszustand, Weltanschauung, sozialem Status oder Nationalität. Die Lebensschutzgarantie erfasst daher jedes Leben ohne Diskriminierung und schliesst utilitaristische Erwägungen unterschiedlich wertvoller Leben aus.»

Düring G., Art. 2 Abs. 1 GG in Maunz, Düring, Herzog: Grundgesetz-Kommentar München 1958, S. 81

aus: Zeit-Fragen, März 1997

## Das Recht auf Leben ist das grundlegendste Recht

«Das Recht auf Leben ist *das fundamentale Recht* [Hervorhebung im Original] des Menschen (...) es gibt kein anderes Recht, das die Existenz des Menschen näher berührt! Recht auf Leben heisst, das Recht zu haben, auf die Welt zu kommen und bis zum natürlichen Tod sein Dasein zu bewahren: <Solange ich lebe, habe ich das Recht zu leben.> (...) Es geht um ein Problem von enormer Tragweite, bei dem wir alle die grösstmögliche Verantwortung und Wachsamkeit unter Beweis stellen müssen. Wir dürfen uns *keinerlei Permissivität erlauben* [Hervorhebung im Original], die unmittelbar zur Untergrabung der Menschenrechte und auch zur Zerstörung der fundamentalen Werte führen würde, und zwar nicht nur in Bezug auf das Leben einzelner Menschen und Familien, sondern der Gesellschaft an sich. Ist das, worauf der erschütternde Ausdruck «Kultur des Todes» anspielt, nicht etwa eine traurige Wahrheit?»

Johannes Paul II. in: «Die Schwelle der Hoffnung überschreiten», 1994, S 217ff.

Herbert Tröndle

## Der Organspender muß einwilligen

Bei den Kontroversen um das Transplantationsgesetz geht es letztlich nur darum, ob für eine Organentnahme eine höchstpersönliche Zustimmung des Organspenders erforderlich ist (enge Zustimmungslösung) oder ob die Zustimmung von Angehörigen oder Bevollmächtigten genügt (weite Zustimmungslösung).

Einig ist man darüber, daß das Sterben ein Prozeß ist, der mit dem Tod endet, in dem jedoch das irreversible Hirnversagen ("Hirntod") eine entscheidende Zäsur darstellt. Es ist der *point of no return*. Aus der Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses und dem Versagen des Gesamthirns folgern die Anhänger des Hirntodkonzepts den Gesamttod des Menschen; die Kritiker des Hirntodkriteriums hingegen bestreiten den Gesamttod des Menschen, wenn und solange die vegetativen Hirnfunktionen (vor allem das Atemzentrum) apparativ ersetzt werden, oder sie lassen die Frage offen. Sterbende haben nach der Rechtsauffassung der Hirntodkritiker ihre Grundrechte nach dem *point of no return* noch nicht verloren.

Bei der Transplantationsgesetzgebung steht im Vordergrund die rechtliche Frage, ob und unter welchen Umständen nach dem (medizinisch feststellbaren) *point of no return* die Organentnahme erlaubt ist.

Für medizinische Eingriffe bei Lebenden ist die Einwilligung höchstpersönlich zu erteilen. Schon hieraus folgt, daß bei einem (möglicherweise) noch Lebenden ohne eine höchstpersönliche Einwilligung des zuvor umfassend aufgeklärten Spenders eine Organentnahme von vornherein ausscheidet. Auf der anderen Seite kann es aber dem potentiellen Spender für den Fall, daß er dereinst unumkehrbar sterbend ist, nicht verwehrt sein, aus altruistischen Gründen Organe zu spenden und allein zu diesem Zweck im voraus aufgrund hinreichender Selbstbestimmungsaufklärung in die künstliche Verlängerung seines Sterbeprozesses einzuwilligen.

Eingewandt wird, ohne gesetzliche Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Ganzheitstod werde der Weg in die aktive Euthanasie freigegeben, ja sogar der einer Tötung auf Verlangen. Solche Einwände sind abwegig. Denn der Mensch verliert sein Leben nicht aufgrund einer Definition, sondern - ob mit oder ohne Organentnahme beim Erlöschen des Stoffwechselprozesses in den lebenserhaltenden Organen. Wird ihr Funktionieren künstlich aufrechterhalten, so stirbt der Hirntote, der eine Einwilligung zur fremdnützigen Weiterbehandlung nicht erteilt hat, nach Abschalten der Geräte schnell. Die Bereitschaft eines potentiellen Spenders, diesen Fixpunkt im Falle seines Hirntodes zur Organgewinnung hinauszuzögern, hat mit der aktiven Euthanasie nichts gemein.

In Frage steht letztlich nur, wie die Organentnahme bei einem - trotz irreversiblen Hirnversagens noch durchbluteten Körper rechtlich zu bewerten ist und unter welchen Voraussetzungen sie erlaubt ist. Anhänger des "Hirntodkonzepts" erstreben geringere Voraussetzungen durch eine definitorische Lösung: Von dem *point of no return* an werden Sterbende gesetzlich zu "Leichen" und damit des grundgesetzlichen Schutzes für verlustig erklärt. Hirntodkritiker hingegen folgen einer anderen medizinischen Erkenntnis und einem anderen Menschenbild und halten den Ganzheitstod mit dem medizinisch feststellbaren *point of no return* noch nicht für festgestellt, den Sterbenden auch nach diesem Zeitpunkt für einen Menschen, dessen höchstpersönliche Entscheidung aussagen müsse, ob er während des Verlöschens seines Lebens ungestört bleiben will oder ob er den Sterbeprozess künstlich verlängern und sich Organe zur Therapie anderer entnehmen lassen will.

Der Gesetzgeber hat aus verfassungsrechtlichen Gründen keine andere Möglichkeit, als für Organentnahmen stets die höchstpersönliche Einwilligung des Spenders vorauszusetzen.

Das müßte selbst für Anhänger der Lehre vom Hirntod als Ganzheitstod bereits für die gebotene Hirntodfeststellung gelten, wenn sie fremdnützig (also zum Zwecke der Organentnahme) erfolgt und hierfür ein medizinischer Eingriff erforderlich ist. Daß die enge Zustimmungslösung den Organbedarf der Transplantationsmedizin möglicherweise nicht befriedigen wird, rechtfertigt den Verzicht auf die höchstpersönliche Einwilligung des Spenders nicht. Menschliche Organe sind nicht sozialpflichtig.

Die Spendebereitschaft potentieller Spender ist in geeigneter Weise zu wecken. Dafür sind die hohen Summen einzusetzen, die man derzeit ausgibt, um Ersatzwilligungen zu erlangen. Den von der Hirntodfeststellung erschütterten Angehörigen sollte nicht im Augenblick des größten Schmerzes auch noch diejenige Entscheidung abverlangt werden, um die man potentielle Spender nicht nachhaltig genug gebeten hat.

*Der Autor war Präsident des Landgerichts Waldshut-Tiengen; sein Kommentar zum Strafgesetzbuch ist jetzt in der 48. Auflage erschienen.*

\* \* \*

Die besten Reformer, die die Welt kennt, sind diejenigen, die bei sich selbst anfangen.

George Bernhard Shaw

Karl Lenzen

## Hirntod und Organspende

Der Moraltheologe JOHANNES GRÜNDEL setzt sich auch im Zusammenhang mit dem aktuellen Thema der Organspende für eine Güterabwägung ein, wobei er den Christen eine moralische Verpflichtung zur Organspende auferlegt. Zwar räumt Gründel ein, daß die Gleichstellung des irreversiblen Versagens aller Hirnfunktionen mit dem Tod des Menschen nicht unumstritten sei, jedoch könne man den Gesamttod nicht abwarten, weil es dann für eine sinnvolle Organentnahme zu spät sei. Auch bei einer gewissenhaften Betrachtung der Organspendeproblematik bleibe immer ein Risiko übrig; das Abwarten sei aber keine Lösung.

- Mit "Risiko" meint der Theologe wohl nicht allein, daß es sich bei der ärztlichen Bewertung immer um eine *Diagnose* handelt, die nicht mit einer juristischen Tatsachenfeststellung identisch ist. Als Theologe ist sich Gründel wohl auch darüber klar, daß der Tod wohl erst bei der Trennung von Leib und Seele eintritt. Und genau da sollte bei einem künstlich beatmeten Patienten bedacht werden, daß der Zeitpunkt, zu dem die Seele dem Körper entweicht, empirisch nicht verifizierbar ist. Dazu gibt es keine lehramtliche Äußerung, kann es auch keine geben. Mit diesem Risiko soll der Patient oder potentielle Spender also leben.

In einem späteren Fernsehinterview zur Hirntodfrage äußerte sich Gründel beinahe barsch: "Lassen Sie die Seele weg!"

Dabei nimmt doch ein theologischer Laie an, Moraltheologen wüßten besser darüber Bescheid, was die Würde des Menschen ausmacht und daß er eine Leib-Geist-Seele-Einheit darstellt. Dem Organspender sollte daher bewußt gemacht werden, daß er seine Zustimmung zur Organentnahme wirksam nur in vollem Wissen um das Risiko abgibt, daß die Hirntoddiagnose eben nur eine Diagnose ist, daß es auch keine hundertprozentigen Methoden gibt, die dem Erfordernis voll genügen, daß sämtliche Funktionen des Gesamthirns (also auch des Hirnstammes) abgestorben sind, daß es aber auch nicht festzustellen ist, wann bei der künstlichen Aufrechterhaltung seiner übrigen Körperfunktionen sich die Leib-Seele-Einheit auflöst. Nur wenn alle Risiken dem Spender bekannt sind, kann seine Einwilligung in die Organentnahme wirksam sein.

- So verlangt denn auch der Katechismus der katholischen Kirche (Nr. 2296) daß die Zustimmung in *vollem* Wissen abgegeben sein muß. Zur Selbstbestimmungsaufklärung gehört selbstverständlich auch, daß der ärztliche Behandlungsauftrag mit der gesicherten Hirntoddiagnose endet, der Zeitpunkt also erreicht ist, zu dem der Patient verlangen darf, daß sein Recht auf ein natürliches Sterben zu achten ist. Denn mit der funktionserhaltenden künstlichen Beatmung, die nicht mehr durch die Einwilligung in die *therapeutische* Behandlung gerechtfertigt wird, beginnt eine *fremdnützige* medizinische Behandlung, die der höchstpersönlichen Einwilligung des Betroffenen bedarf. All das gehört zum "vollen Wissen".

- Rechtswissenschaftler gingen daher auch nicht so leichtfertig über den verlassungsrechtlichen Status des potentiellen Spenders hinweg, wie sich in der Anhörung der Rechtsexperten vor dem Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages zeigte. Sie sahen die Schwierigkeit der Frage, wie der eingetretene Tod verifizierbar ist, sprachen sich daher mit großer Mehrheit gegen die von den Transplantationsmedizinern geforderte *gesetzliche* Bestimmung des Todeszeitpunkts aus. So wies Professor HERBERT TRÖNDLE darauf hin, daß der Staat sich keine Definition anmaßen kann, wenn das von ihm Geforderte gar nicht zu leisten ist. Zudem genüge es, die Voraussetzungen der Organentnahme zu umschreiben. Er drückte sein Erstaunen darüber aus, wie oberflächlich die Einwilligungsproblematik behandelt werde. Dabei sei doch rechtlich auf die Wirksamkeit der Einwilligung größter Wert zu legen.

- Natürlich ist allen Transplantationsmedizinern klar, daß eine Selbstbestimmungsaufklärung über alles, was zur Wirksamkeit der Einwilligung unverzichtbar erforderlich ist, Wirkung auf die Spendebereitschaft zeigen würde. Es ist ja bekannt, daß schriftliche Spendeerklärungen bei den Schwerverletzten kaum vorgefunden werden. Dem begegnet man mit der Forderung nach einer "erweiterten Zustimmungslösung", zum einen mit dem Hinweis, daß die enge Zustimmungslösung in Europa nirgends praktiziert werde, zum anderen mit der Befürchtung, daß dann eben nicht genügend Organe zur Verfügung stünden. Beides sind aus verfassungsrechtlicher Sicht unbefriedigende und in höchstem Maße unredliche Antworten.

- Zudem sollte auch einsichtig sein, daß selbst die Ersatzeinwilligung von Angehörigen rechtlich nur wirksam ist, wenn sie über alle Risiken voll aufgeklärt werden. Die Bevölkerung ist sich heute mehr als vordem bewußt, daß das Sterben kein punktuelles Ereignis, sondern ein Prozeß ist, bei dem die Hirntoddiagnose jene Zäsur bedeutet, von der an sich die künstliche Verlängerung des Sterbeprozesses durch fremdnützige Weiterbehandlungsmaßnahmen ohne Zustimmung *des Betroffenen selbst* verbietet. Denn niemand wird bestreiten wollen, daß das Menschenbild, von dem bei einer Entscheidung pro oder contra Organspende ausgegangen wird, ein sehr individuelles ist. Und nicht einmal engsten Angehörigen steht das Recht zu, in dieser Frage *ihr* Menschenbild an die Stelle des Menschenbildes des Betroffenen zu setzen. Es ist auch gar nicht gesichert, daß sie dieses immer kennen.

Und so darf man sehr wohl verlangen, daß der Weiterbehandlungsauftrag an den Arzt von dem gegeben sein muß, der damit auf sein Recht auf natürliches Sterbenlassen verzichten möchte. Es ist nun nicht jedermanns Meinung, daß das Menschsein nur aus einem intakten Gehirn besteht. In Wahrheit reduziert sich denn auch der Streit zwischen Transplantationsmedizinern und Rechtsexperten auf den Unterschied zwischen einer engen und weiten Zustimmungslösung. Erst

wenn man die persönliche Zustimmung einfordert, werden die Gegenargumente unredlich.

- Die Hirnfunktionen sind das Sterblichste am Menschen. So schnell wie das Gehirn stirbt kein anderes Organ; denn das Gehirn reagiert auf Sauerstoffmangel am empfindlichsten. Nach Absetzen der künstlichen Beatmung kommt es in der Regel schon nach 3 Minuten zum Herzstillstand, eine Zeitspanne also, in der sich medizinische Maßnahmen zur Vorbereitung einer Organentnahme nicht durchführen lassen. Ist die Diagnose Hirntod abgesichert, so mag zwar noch nicht der Tod des Menschen sicher festzustellen sein, ganz sicher aber das Ende des Behandlungsauftrages. Es sollte nicht übersehen werden, daß dann das Ende des Sterbeprozesses unumkehrbar eintritt, und zwar sehr schnell, so man nicht in ihn eingreift. Dann aber zu behaupten, mit der Beendigung der Behandlung töte man, klingt aus dem Munde der Verfechter einer gesetzlichen Festlegung des Todeszeitpunkts wenig überzeugend, ja böse, wenn man auch noch behauptet, ohne die gesetzliche Definition töte man den hirntoten Patienten durch die Organentnahme (so Prof. Hans-Ludwig Schreiber, F.A.Z. 24.2.1997). Dieses Totschlagsargument wird auch nur vorgebracht, um der Forderung nach einer gesetzlichen Todesdefinition Nachdruck zu verleihen. Bei dem dann gesetzlich für tot Erklärten handelt es sich nach Auffassung der Protagonisten einer Todesdefinition nicht mehr um einen Menschen, sondern um eine Leiche. Auf diesem Schleichweg erhofft man sich eine größere Bereitschaft der Angehörigen, der Organentnahme zuzustimmen. Insbesondere will man mit der Todesdefinition der engen Zustimmungslösung entgehen.

- Wie kommt es, daß sich Mediziner, ja selbst ein Theologe legitimiert fühlen, die Seele-Existenz in der Organentnahmefrage unberücksichtigt zu lassen? Worauf gründen Transplantationsmediziner ihre Mißachtung des Patientenrechts auf eine eigene Entscheidung darüber, ob er sein natürliches Ableben zugunsten der Hilfe für einen Dritten durch künstliche Maßnahmen hinauszögern lassen will? Das Argument, die deutsche Transplantationsregelung müsse genügend Organe für Transplantationen sicherstellen, ist verfassungsrechtlich wenig überzeugend und in hohem Maße utilitaristischer Natur.

Damit wäre das eigentliche Problem angesprochen, nämlich die Frage nach den Ursachen für die Umorientierung von der Rücksichtnahme auf Individualrechte hin zu einer interessenorientierten Medizin. Sie hat in den Vertretern der Bioethik ihre Wegbereiter. Sie verbreiten die Utopie von einem glücklichen Leben ohne Erkrankungen auf Kosten einer neuen Solidarität. Dazu will man ein neues soziales Verantwortungsgefühl dafür wecken, daß man sich den Bedürfnissen einer modernen Medizin zu fügen habe. Dies soll nicht als Zumutung, sondern als Normalität empfunden werden. Und damit das legitim erscheint, muß diese Normalität gesetzlich ausgeformt werden.

- Das beginnt mit der Ermöglichung der Verfügungsgewalt über Ungeborene und endet mit der Sozialpflichtigkeit Sterbender. Damit das rechtlich getarnt wird, führt man das Güterabwägungsprinzip nun auch für den Lebensschutzbereich ein. Und selbst Bischöfe scheuen davor nicht zurück, wie die kirchliche Scheinerteilungspraxis zeigt. In-

dividualrechte werden so relativiert, abwägbar und verfügbar. Diese neue Ethik begleitet die Menschenrechtstradition wie ein Grabgesang. Solche Entwicklungen werden natürlich "wissenschaftlich" begleitet, jedoch möglichst an der Öffentlichkeit vorbei.

Vorgeblich geschieht alles zum Wohle der Menschen. Nur darf das individuelle Recht nicht mehr entscheiden, was seinem Wohle frommt. Denn das würde den "Fortschritt" nur aufhalten. Verschwiegen wird, daß die übergeordneten Interessen von hoher finanzieller Bedeutung sind, keineswegs rein der Förderung des Erkenntnisgewinns dienen.

Begehrt aber der Betroffene dagegen auf, daß er nur noch wie Rohstoff behandelt und zum Objekt herabgewürdigt wird, so sucht man über die Erstatteinwilligung zum Ziel zu kommen, wobei man den Angehörigen bittet, Trost darin zu finden, daß man so immerhin anderen Menschen dient. Man *unterstellt* das angebliche Interesse des Betroffenen immer dann, wenn dieser es versäumt, sich rechtzeitig schriftlich dagegen abzusichern.

- Ganz entscheidend für den tiefgreifenden Wandel der medizinischen Ethik ist *der Utilitarismus*, eine Folge des moralischen Versagens der Aufklärung, soweit sie der Wahnvorstellung huldigt, man könne Ethik metaphysikfrei fundieren. Das Festhalten Gottesfürchtiger an den überkommenen Werten gilt gemeinhin als Intoleranz gegenüber dem wissenschaftlichen Fortschrittsdenken. Die von Gott gegebene Vollmacht an den Menschen, sich frei zu entfalten und die Welt in der gewährten Freiheit zu gestalten, befreite man von der von Gott aufgegebenen Bürde, dabei stets die Schöpfung zu bewahren.

Die selbsternannten Glücksbringer verbreiten aber zunehmend Angst vor menschlicher Ungeheuerlichkeit. Nur wachsen die Triebkräfte nicht mehr auf dem Boden marxistischer Utopien, sondern aus einem *Pragmatismus*, wobei scheinumane Argumente raffiniert und medienwirksam eingesetzt werden. Auf diese Weise versucht man, ein neues Verhalten zu prägen. Das Schlüsselwort heißt "Nutzen mehren". Leichtthin geht man über individuelle Interessen des Betroffenen hinweg. Nichttherapeutische Eingriffe an ihm erreicht man - selbstverständlich im Interesse der Allgemeinheit - durch eine gesetzliche Hilfestellung, nämlich dadurch, daß man den Hirntoten gesetzlich für tot erklärt. Nicht auf seinen Willen soll es ankommen, sondern auf den der Angehörigen.

- Das alles aber wird von dem Gedanken beherrscht: "Gemeinnutz geht vor Eigennutz". Die Bedeutung des Begriffs "Spende" ist der pragmatischen technikimmanenten Ethik verlorengegangen. Eine Seele-Existenz bei einem künstlich Beatmeten, aber noch keineswegs Verblichenen anzuerkennen oder auch nur für noch möglich zu halten, brächte große Schwierigkeiten. Man glaubt, wertfrei nur auf rein biologischer Grundlage entscheiden zu können. Dabei ist schon die Behauptung kühn, man könne den Ausfall aller Hirnfunktionen in jedem Fall absolut sicher nachweisen. Bioethisches Zweckdenken, das nicht bereit ist, sich mit den Argumenten der philosophischen Anthropologie auseinanderzusetzen, ist der Rechtfertigung der Organentnahme nicht dienlich.

Solange die Frage der Gleichsetzung eines irreversiblen Hirnversagens mit dem Tod des Menschen in der Wissenschaft kontrovers diskutiert

wird, solange die Transplantationsmedizin nicht umfassend darüber aufklärt, was eine Organentnahme für den Betroffenen und seine Angehörigen bedeutet, solange nicht das individuelle Recht auf einen natürlichen Tod umfassend geachtet wird, solange wird die Spendebereitschaft abnehmen. Denn die Bürger sind in der Frage des Sterbens sensibler geworden.

In jedem Fall ist eine Organentnahme sittlich nur durch die schriftlich dokumentierte, durch umfassende Selbstbestimmungsaufklärung wirksame Einwilligung des Betroffenen zu rechtfertigen.

*Nachdruck mit Erlaubnis des Herausgebers von "Theologisches", Herr Prof. Msgr Dr. Johannes Bökmann*

aus: Deutsches Ärzteblatt vom 11.4.97

## Argumentative Verrenkungen

Es ist vielleicht nicht überraschend, aber doch betrüblich zu sehen, wie wenig Gewinn unsere Standsvertreter aus der langjährigen Diskussion um ein Transplantationsgesetz - und hier speziell um das Hirntodkonzept - ziehen; brachte diese doch nicht nur Gefahren für die Transplantationsmedizin mit sich, sondern eröffnet vor allem die vielleicht einmalige Chance, ein tragfähiges rechtliches Fundament für die Transplantationsmedizin zu schaffen.

Fest steht vor allem eins: ein Konsens über die Frage, wann der Mensch tot ist, läßt sich zur Zeit weder in der breiten Öffentlichkeit noch in der Ärzteschaft erzielen, auch wenn Erklärungen der Ärztekammer und anderer einen gegenteiligen Eindruck vermitteln wollen.

Strittig bleibt, ob der hirntote Patient, dessen beatmeter Körper alle Zeichen des Lebens zeigt, als Leiche gelten soll. Vieles spricht dagegen. Da man sich aber aus vielerlei Gründen auf einen Todeszeitpunkt einigen will, muß man ihn willkürlich festlegen mit der Gefahr, einen von zwei möglichen Fehlern zu begehen: entweder hält man fälschlicherweise einen Toten für lebendig, oder man erklärt einen lebenden Patienten zu Unrecht für tot. Da aber dieser zweite Fehler ethisch ungleich schwerer wiegt und daher unter allen Umständen zu vermeiden ist, muß man sich nach derzeitigem Erkenntnisstand gegen das Hirntodkonzept aussprechen. Entsprechende Gesetzentwürfe liegen vor, und sie beinhalten erfreulicherweise die Möglichkeit der Organspende vor Abschalten des Beatmungsgerätes.

Eine Unvereinbarkeit dieser Gesetzentwürfe mit dem ärztlichen Ethos, wie sie von Vilmar et al. gesehen wird, will mir nicht einleuchten. Was ist das für ein merkwürdiges Ethos, das jahrzehntelang die Organentnahme bei Hirntoten zuläßt und fördert, sie aber plötzlich für ethisch (nicht rechtlich!) unvertretbar hält, wenn der Gesetzgeber das Hirntodkonzept nicht übernimmt? Folgt hier nicht die ärztliche Ethik wieder einmal der Legislative? Explantieren diese "ärztlichen Ethiker" eines Tages auch Apalliker oder geistig Behinderte, wenn irgendeine durchgeknallte Regierung diese für tot erklärt?

Aus Sicht des hirntoten Patienten besteht praktisch und natürlich auch ethisch kein Unterschied, ob der explantierende Arzt ihn für tot hält oder nicht. Relevant ist dieser Unterschied aber für alle, die in irgendeiner Weise - als Angehöriger, Pfleger, Geistlicher oder Arzt - mit diesem Patienten verbunden sind. Sie und alle künftigen Or-

ganspender von den argumentativen Verrenkungen des Hirntodkonzepts zu befreien sollte eine zentrale Aufgabe eines zeitgemäßen Transplantationsgesetzes sein.

Friedhelm Berlitz  
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, St.-  
Lukas-Klinik, Solingen

\* \* \*

aus Deutsches Ärzteblatt vom 11.4.97

## Charakter einer fremdnützigen Euthanasie

Medizinisch (und damit wissenschaftlich) ist der Hirntod nicht der Tod des Menschen; in der Hirntoddiagnostik wird die Gehirnfunktion eben nur in wenigen Neuronenverbänden gemessen und damit nicht der Tod des gesamten Gehirns festgestellt.

Dementsprechend wiesen zum Beispiel nach einer Untersuchung 11 von 56 hirntoten Patienten noch EEG-Aktivitäten auf, in zwei Fällen gar 32 beziehungsweise 72 Stunden nach der Hirntoddiagnose. Es gibt inzwischen auch einige Berichte von Hirntod-Diagnostizierten, die überlebt haben und von Traumerfahrungen aus dieser Zeit berichten!

Auch sind die Hirntodkriterien - und damit die Auswahl der vermessenen Hirnareale - willkürlich. Warum soll der von der Bundesärztekammer vorgeschriebene Ausfall der Pupillen-Licht-Reaktion mehr Wert für die Hirntoddiagnostik haben als die - bei (schwangeren) Hirntoten noch vorhandene - Aufrechterhaltung der Temperatur-, Salz- und Wasserhaushalts-Regulation, die ja auch Hirnstammleistungen (und komplexe neuronale Netze) sind?

Weiterhin können Bewußtsein und Kognition nicht zum Maßstab des Todes werden, da sie nicht eindeutig im Gehirn lokalisierbar sind und ihr Ausfall somit auch nicht meßbar ist. Über das Bewußtsein eines Hirntoten ist mit allen Hirnfunktionsmessungen - und erst recht mit den wenigen Messungen zur Hirntoddiagnostik - nichts gesagt. Einer Organentnahme darf demnach aus wissenschaftlichen und religiösen Gründen nur in vollem Wissen um ihren Charakter einer fremdnützigen Euthanasie zugestimmt werden.

Michael Schröter-Kunhardt, Zentrum für Psychiatrie, Weinsberg

aus: FAZ vom 13. Mai 1997

Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig  
und Eckart von Klaeden

## Leichen bekommen kein Fieber

### Die Fragwürdigkeit des Hirntod-Kriteriums

Im Zentrum der öffentlichen Diskussion eines Transplantationsgesetzes steht die Frage, welche Rolle es dem endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktion ("Hirntod") zuweisen soll. Einigkeit herrscht darüber, daß nach seinem Eintritt die Entnahme des Herzens, der Lungen, der Leber, beider Nieren, der Bauchspeicheldrüse und des gesamten Darms möglich sein soll. Die Aufnahme von diesbezüglichen Entnahmekriterien in ein Transplantationsgesetz befürworten daher alle dem Bundestag vorliegenden Anträge.

Darüber hinaus wird in dem Antrag der Abgeordneten Seehofer, Dreßler und anderer gefordert, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktionen ("Hirntod") als sicheres Zeichen des eingetretenen Todes des Menschen festzulegen. Das ist indessen nur geboten, wenn man daraus Erleichterung bei den Entnahmekriterien herleiten will, wie sie beim Zugrundegehen des reinen "Herztodes" - endgültiger Ausfall des Kreislaufsystems - als maßgeblichen Zeitpunkt des Lebensendes nicht gewährt werden könnte.

Bisher kommt nicht nur die Transplantationsmedizin ohne eine gesetzliche Todesdefinition aus. Der Gesetzgeber hat aus gutem Grunde darauf zum Beispiel im Embryonenschutzgesetz, im Gentechnikgesetz oder im Rahmen der Lebensschutzdekrete des Strafrechts verzichtet. Eine solche Definition setzt die Transplantationsmedizin zudem unnötigerweise dem Verdacht aus, an einer funktionalen Todesdefinition interessiert zu sein.

Wir halten eine solche Festlegung darüber hinaus wegen der bestehenden Zweifel für unverträglich.

Die Befürworter einer solchen Festlegung stützen ihre Ansicht auf die beiden wesentlichen Funktionen des menschlichen Gehirns: seine Steuerungs- und Integrationsfunktion für den Organismus und seine Unabdingbarkeit für die Möglichkeit der bewußten Wahrnehmung, für die Geistigkeit des Menschen.

Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, der Philosophieprofessor Birnbacher, der Neurologe Angstwurm, der Chirurg Eigler und der Rechtsmediziner Wuermeling erläutern dazu: "Entsprechend der Natur des Menschen und jedes Säugetieres als Bewußtseins- und Körperwesen unterscheiden sich Leben und Tod durch Funktion und Funktionsverlust zweier Systeme: des Bewußtseins und des physischen Organismus. Der irreversible Funktionsverlust nur eines dieser Systeme reicht nicht aus, einen Menschen tot zu nennen. Ein Mensch im irreversiblen Koma ist nicht tot, weil und solange er als biologischer Organismus lebt."

Es trifft indessen - gottlob - nicht zu, wie mitunter behauptet wird, daß in der Medizin der Hirntod als maßgebliches Kriterium völlig unbestritten sei. Gerade eben erst ist diesem Eindruck etwa im Ha-

stings Center Report umfassend und grundsätzlich entgegengetreten worden. Und etwa Gerhard Roth, der Leiter des Instituts für Hirnforschung der Universität Bremen, hat noch unter dem 15. April 1997 öffentlich dafür plädiert: "Der künstlich beatmete Hirntote ist keine Leiche."

Der Göttinger Strafrechtler Schreiber hat in dieser Zeitung zu Recht darauf hingewiesen, daß medizinisch die Feststellbarkeit und Separierung des Hirntodes als Fortschritt gegenüber der früher allein ausreichenden Feststellung des Herz- und Kreislaufes anzusehen ist. Daraus sogleich absolute Schlüsse ziehen zu wollen verkennt jedoch, daß es gerade dieser intensivmedizinische Fortschritt ist, der seinerseits die Zweifel am Hirntodkriterium als sicherem Todeszeichen im besonderen hinsichtlich des irreversiblen Funktionsverlustes des physischen Organismus immer stärker werden läßt.

Besonders deutlich werden diese Zweifel am Beispiel der sogenannten Erlanger Schwangeren. Am 5. Oktober 1992 wurde die 19 Jahre alte Marion Ploch in die Erlanger Universitätsklinik eingeliefert und drei Tage später aufgrund einer Hirntoddiagnose für tot erklärt. Weil sie schwanger war, projektierten die Ärzte mit großer Zuversicht eine sechsmonatige Intensivbehandlung bis zur Entbindung des Kindes. Dieser Versuch scheiterte nach fünf Wochen infolge eines spontanen Aborts. Es ist heute jedoch unbestritten, daß mehrere gleichartige Fälle zur Geburt gesunder Kinder geführt haben.

Doch ist es gerade im Fall von Marion Ploch dieser Abort, der die Hirntodthese radikal in Frage stellt. Der Philosoph Hans Jonas führt dazu aus: "Daß es ein Leichnam sein soll, der da ein Fieber entwickelt, wenn in einem darin eingeschlossenen Organismus etwas schiefliegt, und daß dies der Uterus einer Toten sei, der dann die Kontraktionen vollführt, die das nun tote Kind ausstoßen - das ist doch ein offenbar verbaler Unfug, ein semantischer Willkürakt im Dienst eines äußeren Zwecks. Der spontan abortierende Leib gab rückläufig und endgültig jedem Augenschein des rosigen durchblutenden warmen Leibes recht, den die gelehrten Herren uns archaischen Laien für trügerisch erklärten." Im Klartext: Leichen bekommen kein Fieber und tragen auch keine Kinder aus.

Der Erlanger Fall drängt den Eindruck auf, daß die Hirntodtheorie die Interaktion der verschiedenen Organsysteme, des Rückenmarks und der Hormone verkennt. Alle diese Systeme steuern in ihrem Zusammenwirken den Lebensablauf des Menschen, so ist der hirntote Körper unter anderem fähig zur Regulation der Körpertemperatur, zum Stoffwechsel, zu Bewegungen, zur Regulation des Blutdrucks, bei männlichen Hirntoten zu Erektionen und bei weiblichen Hirntoten zur Geburt ei-

nes gesunden Kindes oder zur Abstoßung der Leibesfrucht, wenn diese abgestorben oder schwer geschädigt ist. Der Ausfall eines - auch noch so wichtigen - Organs allein kann nicht mit dem Tod des gesamten Organismus gleichgesetzt werden, ohne die Komplexität des menschlichen Körpers zu verkennen.

Hier kommt es darauf an, das physische Sein des Menschen in seiner Vielgestaltigkeit ebenso wie seiner Ganzheitlichkeit anzuerkennen. Es bedarf ehrlicher Erfassung dieser Einmaligkeit als Gesamtschöpfung, um die nicht nur zivilisatorische und ethische, sondern konkret staatliche Pflicht zum Schutz des menschlichen Lebens umfassend zu erfüllen. Nicht von ungefähr thematisiert die Verfassung nirgends den Tod des Menschen. Umgekehrt vielmehr, konstruktiv und aktivierend, nimmt sie den Ansatz: "Jeder (Mensch) hat das Recht auf Leben." (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes.)

Angesichts der besonderen Stellung des Schutzes der Menschenwürde und des menschlichen Lebens sowie des Grundsatzes des Bundesverfassungsgerichts, nach dem in Zweifelsfällen die Auslegung zu wählen ist, die die juristische Wirkungskraft am stärksten entfaltet, darf es daher nicht zu einer verengenden Todesdefinition im Transplantationsgesetz kommen.

Der Verzicht auf ein solches Todeskriterium ist zudem deshalb nötig, weil Weiterungen Einhalt geboten werden muß, die sich schon jetzt im europäischen Ausland abzeichnen. Wer Hirntote für tot erklärt, entzieht ihnen damit den entscheidenden Teil ihres grundrechtlichen Schutzes. Das post-mortale Persönlichkeitsrecht und das Recht der Leichensorge werden sie auf Dauer nicht vor absehbaren industriellen Versuchsbegehrlichkeiten schützen können.

Bedenklich ist aber auch eine andere Tendenz: Läßt sich die durch den Eintritt des Hirntodes zwar reduzierte Leistung des Organismus nicht mehr mit Sicherheit leugnen, entfällt das Argument des irreversiblen Funktionsverlusts des physischen Organismus. Die Hirntodkonzeption wird allein auf den endgültigen Bewußtseinsverlust zurückgeworfen. Es fehlt damit an einem tauglichen Kriterium, etwa Anezenphale (Säuglinge, denen ausgedehnte Teile des Gehirns fehlen) von Leichen zu unterscheiden. Denn dem Anezenphalen fehlt sein Bewußtsein ebenso endgültig wie dem Hirntoten. Der einzige wesentliche Unterschied zwischen dem Anezenphalen und dem Hirntoten besteht darin, daß der erstere noch nie über ein noch funktionierendes Gehirn verfügte, während der letztere zwar ein funktionierendes Gehirn hatte, dieses aber durch den Hirntod verlor.

Befürworter der Hirntodkonzeption befürchten nun, daß mit dem Verzicht auf eine verbindliche Todesdefinition jede Transplantation zwischen Hirntod und Herz- und Kreislaufzusammenbruch zu einer unerlaubten Tötungshandlung werde. Daneben werde der Weg zur aktiven Sterbehilfe eröffnet. Diese Sorgen verdienen Beachtung, greifen aber nicht durch.

Vermeidet der Gesetzgeber eine Todesdefinition, ist damit nicht die Entscheidung für eine im übrigen unterschiedliche Vorstellung der Hirntodkritiker vom Ende des Lebens verbunden. Sie steht dem Gesetzgeber auch nicht zu.

Denn der Tod bedeutet das Ende des menschlichen Lebens, was er ist, muß also vom Leben her bestimmt werden (Schreiber). Der Düsseldorfer Verfassungsrechtler Sachs hat in der Anhörung des Bundestags-Rechtausschusses dazu zutreffend festgestellt, daß die Frage, ob noch von "Leben" im Sinne des Artikels zwei Absatz zwei des Grundgesetzes gesprochen werden könne, eine rein verfassungsrechtliche Frage ist. Durch die Verwendung des Begriffs "Leben" in der erwähnten Grundrechtsbestimmung liege dieser in seinem Bedeutungsgehalt verfassungsunmittelbar fest. Der Gesetzgeber besitze als Teil der grundrechtsgebundenen Staatsgewalt grundsätzlich keine Kompetenz zur sogenannten authentischen Interpretation der Verfassungsbegriffe. Auch eine Ermächtigung zur Regelung des Näheren, die eventuell eine definitorische Abgrenzungsmacht des Gesetzes einschließen könne, kenne Artikel 2 Absatz 2 nicht.

Daraus ergibt sich, daß auch die Entnahmevorschriften eines Transplantationsgesetzes sich an Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 messen lassen müssen.

Entscheidend für die Vereinbarkeit ist die Zäsur, die der völlige und irreversible Hirnausfall im Sterbeprozess des Menschen darstellt. Diese Situation ist medizinisch so eindeutig von jedem anderen Zustand abgrenzbar und einmalig, daß die Gefahr einer Ausweitung auf andere Indikationen ausgeschlossen werden kann. Ein Indiz dafür ist ja gerade seine Annahme als sicheres Todeszeichen durch die Befürworter der Hirntodkonzeption. Als bloßes Entnahmekriterium erhält der Hirntod allerdings weder eine zweifelhafte metaphysische Dimension, noch wird es zu einer gesetzlichen Novität.

Es ist unbestritten, daß jedenfalls mit dem Hirntod die Pflicht des Arztes zur Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf- und weiterer Körperfunktionen endet und in die Verpflichtung wechselt, den natürlichen Sterbeprozess nicht weiter aufzuhalten. Allein aus diesem Grunde ist es unhaltbar, im Falle einer nach Eintritt des Hirntodes stattfindenden Organentnahme eine Tötung auf Verlangen und damit aktive Sterbehilfe oder Euthanasie anzunehmen, denn der Hirntote "bedarf" gerade keiner Hilfe mehr, um zu sterben.

Allerdings ist es gerechtfertigt, in den natürlichen Sterbeprozess dann verlängernd einzugreifen, wenn es um die Verwirklichung eines sittlich hochstehenden Zieles, nämlich die Rettung eines anderen Menschenlebens durch Organspende, geht. Diese Situation unterscheidet sich diametral von der des Paragraphen 216 im Strafgesetzbuch, der eine Lebensverkürzung auf Tötungsverlangen, aber nicht einen verlängernden Eingriff in das sonst sittlich gebotene Sterbenlassen pönalisiert.

Ein solcher Eingriff in den natürlichen Sterbeprozess bedarf der Einwilligung. Es ist Ausdruck der jedem Menschen innewohnenden und unveräußerlichen Würde, daß Dritte nicht ohne oder gegen seinen Willen über seinen Körper verfügen können. Ein strafbares Delikt mag dann in Frage kommen, wenn es an dieser Einwilligung fehlt. Eine spezielle Regelung ist für das Transplantationsgesetz vorgesehen.

Auch angesichts des Prinzips der Einheit der Rechtsordnung fällt die Beantwortung der Frage, wann das Vorliegen eines Tötungsdelikts über-

haupt erwogen werden kann, eindeutig aus. Es ist abwegig, auch nur tatbestandlich eine Straftat anzunehmen, wenn eine Explantation de lege artis einem formell und materiell verfassungsmäßigen Gesetz entsprechend vorgenommen wurde. Änderungen des Strafgesetzbuches "zur Klarstellung" würden diese Selbstverständlichkeit in Frage stellen. Sonst hat der Straf rechtskommentator Tröndle in dieser Zeitung zum Unterschied zwischen Tötung und Spende alles Nötige gesagt.

Dem von dem Gießener Staatsrechtler Höfling entwickelten Botenmodell folgend wollen wir diese Einwilligung an keine formalen Voraussetzungen binden. Sie soll auch durch die Angehörigen vermittelt werden können. Unterschiedlich kann man insoweit noch sehen, ob für die Einwilligung der tatsächlich geäußerte Wille des Spenders nötig ist oder der mutmaßliche Wille ausreicht.

Unser Modell der Bürgerpflicht will diese Frage jedoch weitgehend gegenstandslos machen. Aus dem Solidargedanken heraus soll jedermann eine Entscheidung für oder gegen die Bereitschaft zur Organspende treffen. Diese Entscheidung ist in einem bundeszentralen Spenderregister festzuhalten und kann jederzeit geändert werden. Bei möglichst vielen Gelegenheiten, zum Beispiel der Ausgabe des Personalausweises, des Führerscheins oder der Versichertenkarte der Gesetzlichen Krankenversicherung, sollen die Bürgerinnen und Bürger immer wieder mit der Frage ihrer Spendebereitschaft konfrontiert werden. In den Vereinigten

Staaten etwa vermerkt man die entsprechende Erklärung gleich auf der Rückseite des Führerscheins.

Begleitet werden muß die Bürgerpflicht durch eine umfassende und kontinuierliche Aufklärung durch den Staat. Er hat die Verpflichtung, über alle wesentlichen medizinischen, rechtlichen und ethischen Fragen in allgemeinverständlicher Weise zu informieren, und das könnte in einem übersichtlichen Faltblatt zu den oben angeführten Gelegenheiten geschehen.

Die Bürgerpflicht erleichtert außerdem die Situation der Angehörigen, die neben dem Verlust eines geliebten Menschen sonst gleichzeitig die Situation der Entscheidung über die Organentnahme zu bewältigen hätten.

Es ist selbstverständlich, daß diese Bürgerpflicht das Recht zur Nichtentscheidung einschließen muß. Für diese Fälle könnte dann die Frage des mutmaßlichen Willens eine Rolle spielen. Für ein Kind übrigens - denn die Kinder-Organtransplantation spielt eine nicht unerhebliche Rolle - würden seine Eltern entscheiden. Aber das wäre dann systematisch nicht ihre eigene Entscheidung, sondern die vom gesetzlichen Vertreter substituierte des Kindes.

*Eckart von Klaeden (CDU) ist Mitglied des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages und Rechtsanwalt in Hildesheim.*

Dr.med. Siegfried Ernst

## Moderne Justiz!

Das Bundesverfassungsgericht scheint die klaren Maßstäbe von Recht und Unrecht verloren zu haben. Aber vielleicht liegt es auch an uns, daß wir einfach für die höheren juristischen Weisheiten und Weisheitinnen zu dumm sind, um zu verstehen, daß einerseits die Abtreibung eine "Rechtswidrige" Handlung sei laut BVG Urteil, aber andererseits der Bayerische Staat gezwungen werden soll das ganze Land mit rechtswidrigen Embryonentötungen im Dienste "abtreibungswilliger" Damen "flächendeckend" zu "versorgen".

Und gleichzeitig soll die Ärzteschaft dafür sorgen, daß genügend Abtreibungsmediziner bereitgestellt werden, die ausschließlich von "rechtswidrigem" und "standeswidrigem" Tötungen leben und die durch keinerlei Einschränkungen daran gehindert werden dürfen auf Kosten der Zukunft des ganzen Volkes Millionen zu verdienen, die nach den jahrtausendealten ethischen Normen des Arztiums als schwer kriminell früher beurteilt wurden. Unter dem Beifall der Frau Bundespräsidentin und der meisten Fernsehemanzen wird gelogen, als ob dieses Urteil in Sinne aller Frauen gegen ein "frauenfeindliches" Gesetz der Bayerischen Regierung organ-

gen sei, was ein unverschämte und freche Anmaßung von Frau Welser und anderen Damen ist. Denn Gott sei Dank gibt es in Deutschland noch Millionen von Müttern, die es verabscheuen ihr eigenes Kind im Mutterleib umzubringen, auch wenn es im Augenblick nicht erwünscht ist, und die es sich verbitten, mit jenen in einen Topf geworfen zu werden, für die ein ungeborenes Kind eine Art Qualle oder Kaulquappe ist oder ein bössartiger Spulwurm, den man beseitigen muß. Wenn dann die Damen und Herrn des BVG bei solchen Forderungen auf "flächendeckende!" Tötungen ungeborener Kinder vom "Lebensschutz" reden, so ist dies schlicht eine faustdicke Lüge! Aber vielleicht hält man uns und die heutigen Deutschen in Karlsruhe tatsächlich für so dumm, daß wir es eben nicht begriffen haben, daß die Begriffe Leben "schützen" und Leben töten in einer Diktatur, und nun offensichtlich auch in einer Demokratie, gar nicht so sehr verschieden sind.

In unserer Justiz kommt es nur darauf an aus welcher geistigen Höhen- (oder Schief-)lage man diese Probleme ansieht.

## Ist die Zwangsmitgliedschaft noch verfassungskonform?

### 1. Voraussetzung einer berufsständischen

#### Zwangsmitgliedschaft

Die Voraussetzung einer berufsständischen Körperschaft öffentlichen Rechtes mit Zwangsmitgliedschaft all derjenigen, die nach Ablegung der dafür vorgesehenen staatlichen Prüfungen und Ausbildungszeiten diesen Beruf ausüben wollen, ist ein klar definiertes und eindeutiges Berufsbild und Berufsziel mit einer sich daraus ergebenden verbindlichen Berufsordnung und Berufsethik.

### 2. Berufsbild und Berufsethik des

#### Arztes:

Berufsziel und Berufsbild, sowie Berufsordnung und Berufsethik ergaben sich bei allen "Heil"-berufen aus der Aufgabe, kranke Menschen zu heilen entsprechend dem bisher gültigen Grundsatz der hippokratischen abendländischen ärztlichen Ethik: "Nil nocere", d.h. niemals absichtlich zu schaden, oder gar zu töten!

Aus dieser gemeinsamen Aufgabe von Ärzten und medizinischem Personal ergab sich für die Ärzteschaft im Grunde auch die gesamte übrige Standesethik, wie z.B. Pflicht der Hilfeleistung, Schweigepflicht, keine sexuellen Beziehungen zu Patienten, Ehrlichkeit in der Abrechnung, bei Zeugnissen und Gutachten, das Prinzip der Kollegialität, die für die im Interesse des Patienten unumgängliche selbstlose Zusammenarbeit der verschiedenen ärztlichen Fachdisziplinen eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Diagnose, Therapie und Heilung ist. Kollegialität erfordert ein besonders enges Vertrauensverhältnis. Jede Verletzung der Kollegialität durch unkollegiales Verhalten wird darum in der ärztlichen Berufsordnung streng geahndet. Voraussetzung für den Ehrentitel "Kollege" ist, daß sich der betreffende an die von der jeweiligen staatlichen Gesetzgebung unabhängigen, immer gültigen, ethischen Normen hält, die die Grundlagen des ärztlichen Verhaltens und damit der Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstandes und des einzelnen Arztes waren und sind. Das vor allem darauf begründete Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

### 3. Abtreibung zerstört gesamte Ärztliche Standesethik

Da das absichtliche Krankmachen und Töten der denkbar schwerste Verstoß gegen die ärztliche Standesethik ist, demgegenüber die Verstöße gegen die oben genannten Verhaltensnormen fast Kleinigkeiten sind, kommt es durch die bewusste Krankmachung gesunder schwangerer Frauen und die Tötung ungeborener Kinder zum Zusammenbruch der gesamten ärztlichen Ethik und damit folgerichtig auch zur Auflösung der moralischen Grundlagen des gesamten Gesundheitswesens. Ein Gesundheitswesen aber ohne moralische und

geistige Maßstäbe ist für ein Volk tödlich. Der vorgeburtlichen Euthanasie am Lebensanfang folgt dann mit absoluter Konsequenz auch die Euthanasie am Ende des Lebens, denn es gibt hier keinerlei prinzipiellen Unterschied. Das ungeborene Kind wird ebenso wie der Geisteskranke, Behinderte oder Alte zur "unzumutbaren Belastung", also zum "lebensunwerten Leben" erklärt, das dann aus "sozialen" oder "nationalen" Gründen liquidiert werden darf.

### 4. Internationale und Nationale Grundlagen Ärztlicher Ethik

Als die Ärzteschaften und die Kassenärztlichen Vereinigungen nach 1945 in den Bundesländern konstituiert wurden, war der Eid des Hippokrates (400 v.Chr.) und die auf ihm aufbauenden Gelöbnisse und Erklärungen der Weltärztevereinigung von Genf 1948 und von Oslo 1972, sowie das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland mit seinen Artikeln 1 (Recht auf Menschenwürde) und Artikel 2 (Allgemeines Sittengesetz und Recht auf Leben) und Artikel 4, (Recht auf Gewissensfreiheit) die Grundlage der ärztlichen Standesethik und Berufsordnung.

### 5. Das Recht des Patienten auf freie Arztwahl

beinhaltet selbstverständlich das Recht von einem kompromißlos dem Leben und der Heilung verpflichteten Arzt behandelt zu werden und schloß den Mediziner, der sich erneut zum Tötungsfunktionär der Gesellschaft degradieren läßt, als nicht vertrauenswürdig aus der Gemeinschaft der "Heiler" aus. Der Patient hat ein Anrecht darauf, daß deshalb die Unterscheidung zwischen hippokratischen Ärzten und Tötungsfunktionären der Gesellschaft klar nach außen auch organisationsmäßig schon zum Ausdruck gebracht wird, damit er sich nicht von einem medizinischen Töter behandeln lassen muß.

### 6. Entgegengesetztes Berufsziel schliesst Zwangsmitgliedschaft aus

Diese ethischen und rechtlichen Grundlagen des Arztberufes waren wiederum die ebenso selbstverständliche Voraussetzung für das Recht, eine berufsständische Körperschaft öffentlichen Rechtes zu schaffen mit Zwangsmitgliedschaft aller Ärzte, um den gemeinsamen Heilungsauftrag am einzelnen Patienten und am ganzen Volksorganismus besser erfüllen zu können. Die Einbeziehung eines gesellschaftlichen Tötungsauftrages in das ärztliche Berufsbild schließt automatisch das Recht, bez. die Pflicht aus, Angehöriger einer ethik- und dadurch berufsbildlos gewordenen Zwangskörperschaft zu sein.

## 7. Freie demokratische Ärztevereine in anderen Demokratien

In anderen demokratischen Ländern, wie z.B. der Schweiz, sah man von der Einführung derartiger Zwangskörperschaften für das Gesundheitswesen ab, ohne daß deshalb in diesen Ländern eine schlechtere ärztliche Versorgung eingetreten wäre. Nach der staatlichen Approbation als Arzt haben dort die Ärzte das Recht die für die Verhandlungen mit den Krankenkassen notwendigen freien Ärzteverbände ohne Zwangsmitgliedschaft selbst zu wählen.

## 8. Beseitigung der Hippokratischen Ethik durch den Gesetzgeber

Die bei uns für die Zwangsmitgliedschaft und für die Kollegialität bei der Zusammenarbeit am gemeinsamen öffentlichen Heilungsauftrag entscheidenden Voraussetzungen des gemeinsamen Berufsbildes und der gemeinsamen Berufsethik sind durch den Gesetzgeber und durch Mehrheitsbeschlüsse des Deutschen Ärztetages und des Vorstandes der Bundesärztekammer in den letzten Jahren trotz unserer fortgesetzten Einsprachen in der Frage der Unantastbarkeit und Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens praktisch aufgehoben und außer Kraft gesetzt worden.

## 9. Propaganda für Abtreibungspille Trotz §219 STGB

Dies zeigt sich jetzt an der Forderung auf Einführung der Abtreibungspillen RU 486 durch führende Politiker(innen) und Funktionäre der Ärztekammern, die vor zehn Jahren noch undenkbar gewesen wären. Denn es ist für jeden realistisch denkenden Arzt klar, daß diese Pillen, wenn sie erst auf dem Markt sind, jedem Tötungsmißbrauch gegen die ungeborenen Kinder Tür und Tor öffnen werden. Der Massenmißbrauch zum Töten, der dann einsetzen wird, kann aber niemals durch jene paar Fälle von Abtreibungen aus vitaler medizinischer Indikation gerechtfertigt werden, die dadurch angeblich etwas komplikationsloser durchgeführt werden können!

Wir haben diese Entwicklung ja bei den sog. "Antibabypillen" erlebt, von denen auch zunächst erklärt wurde, daß sie nur unter strenger medizinischer Indikation ausgegeben werden dürften und auch die ethischen Gesichtspunkte - etwa bei Mädchen - streng beachtet werden müßten. Sie sind aber inzwischen längst zum Konsumartikel für alle Frauen und selbst für 12-13 jährige Kinder geworden und haben zur Auflösung aller Verhaltensnormen im Sexualbereich geführt. Dementsprechend werden auch die Tötungspillen für ungeborene Kinder zu einer restlosen Beseitigung der Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben führen. Die Propagierung dieser Abtreibungspillen durch die Massenmedien, durch führende Politiker und Mediziner, ist ein eklatanter Verstoß gegen das Strafgesetz § 219 und deshalb kriminell, auch dann, wenn es durch die Präsidentin des Bundestages geschieht.

## 10. Praktische Anerkennung der Tötungsfunktionäre durch Kammern

Die tatsächliche Aufhebung der hippokratischen Berufsethik zeigt sich des weiteren durch die widerspruchslose Annahme und de facto Anerkennung von reinen Tötungsmedizinern, wie etwa dem Stuttgarter Chef der Abtreibungsklinik innerhalb der Städtischen Hebammenschule, Stapf, der nur vom Töten lebt. Die Ärztekammer Baden-Württemberg hat mit ihrer Reaktionslosigkeit dagegen aber das dem ärztlichen Berufsbild des Heilens entgegengesetzte Berufsziel des medizinischen Tötens als Berufsauftrag der Ärzteschaft durch die "Gesellschaft" stillschweigend angenommen. Wir haben bereits vor 15 Jahren - genau am 3. November 1976 - auf die für die Ärzteschaft als Berufsstand katastrophalen Konsequenzen hingewiesen, nachdem sich die Ärztekammer Baden-Württemberg in aller Form für die gleichberechtigte Betreuung und Behandlung der hippokratischen, dem Leben verpflichteten Ärzte mit den medizinischen Tötungstechnikern für zuständig erklärte. (Briefwechsel mit dem Strafruristen der Baden-Württembergischen Ärztekammer, Staatsanwalt Hegemann, siehe Anlage!)

Leider haben all unsere diesbezüglichen Warnungen nichts genützt. Nun folgte der damaligen theoretischen Zuständigkeitserklärung der Ärztekammer für die Tötungsmediziner als Kammermitglieder auch deren praktische Anerkennung, wie im Falle des schon erwähnten Herrn Stapf. Damit hat die Ärztekammer Baden-Württemberg das gegenteilige Berufsziel, den Mißbrauch medizinischer Kenntnisse zum Töten von Menschen, statt zum Heilen, als "standesgemäße" ärztliche Handlung de facto anerkannt und dadurch die alleinige gemeinsame Verhaltensnorm und Arbeitsgrundlage der Ärzteschaft, - Leben unter allen Umständen zu bewahren, - preisgegeben.

## 11. "Honorar" (= Ehrensold!) für medizinisches Killen?

Ein Mensch, der gegen Bezahlung, auf Bestellung einen unschuldigen Menschen tötet, ist nach dem normalem Sprachgebrauch ein "Killer". Wenn er es unter Zuhilfenahme der Medizin macht, ist er ein "medizinischer Killer". Wir Ärzte, die nach wie vor dem hippokratischen Prinzip des ärztlichen Berufes verpflichtet sind, lehnen es radikal ab, "Kollegen" von medizinischen "Killern" zu sein, die von den Ärztekammern unter fadenscheinigen Begründungen nun gedeckt und von den Kasenärztlichen Vereinigungen "honoriert" werden. Daran ändert auch alle staatliche Legalisierung dieser neuen medizinischen Berufssparte mit Hilfe von einer riesigen Medienpropaganda und Desinformation und durch den Einsatz oft persönlich befangener Politikerinnen und Politiker, Ärztinnen und Ärzten nichts. Wenn der Staat das Töten ungeborener Kinder praktisch straffrei macht und sogar noch seine Finanzierung durch die Krankenkassenbeiträge erzwingt, hat er jederzeit die Möglichkeit, einen eigenen Berufszweig zu schaffen, den "medizinischen Töter", der dann wie der Henker im Mittelalter, zwar gut verdient, aber unter die "unehrlichen" Berufe gerechnet wird.

## 12. Komplizenschaft mit "unehrlichem" medizinischem Berufszweig?

Eine "Kollegenschaft" mit einem "unehrlichen" medizinischen Berufszweig ist für uns im höchsten Maße ehrenrührig, unzumutbar und unerträglich. Wir lehnen diese Zwangskollegenschaft deshalb ab und sprechen unter diesen Umständen den Ärztekammern das Recht ab, als Körperschaften öffentlichen (Un)Rechts uns in diese Komplizenschaft per Gesetz hineinzuzwingen, zumal der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Stellungnahme zur Verfassungsklage des Freistaates Bayern gegen die Krankenkassenfinanzierung der "sozialen" Indikationsabtreibungen durch den Staat - entgegen der ärztlichen Berufsordnung und der hippokratischen Verpflichtung der Ärzteschaft - diesen Mißbrauch der Krankenkassenbeiträge forderte. (Siehe Anlage: Brief an das BVerfG v.21.1.91)

## 13. Gesetzemacher können keine neue Ethik schaffen

Wie falsch auch juristisch die Vorstellung ist, daß eine knappe Parlamentsmehrheit zufälliger Natur die 2.400 Jahre alten aus dem Wesen des Arztums kommenden ethischen Normen des europäischen Gesundheitswesens sozusagen mit einer Handbewegung beseitigen dürfe, und daß die Ärzteschaft diesen "Gesetzesmacherinnen" und Gesetzesmachern bedingungslos zu gehorchen habe, geht auch aus dem Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt vom 21.3. 1947 gegen Euthanasieärzte im Dritten Reich hervor, die sich auf die damals offiziellen Normen vom "lebensunwerten Leben" und die daraus abgeleiteten Euthanasieverordnungen und Gesetze beriefen. In dem Urteil des OLG Frankfurt 1947 heißt es u.a.:

Auszug aus der Urteilsbegründung des Oberlandesgerichtes Frankfurt a.M vom 21.3.1947 gegen Euthanasieärzte:

"Aber ebenso ist es unerlässlich zu verlangen, daß dieser Rechtspositivismus letzten Grenzen unterworfen ist, die nicht überschritten werden können. Hier endet der Rechtspositivismus, weil der Staat niemals die alleinige Quelle allen Rechts ist und nie willkürlich bestimmen kann, was Recht oder Unrecht ist. Es gibt ein über den Grenzen stehendes Recht, das allen formalen Gesetzen als letzter Maßstab dienen muß.

Es ist das Naturrecht, das der menschlichen Rechtssetzung unabdingbare und letzte Grenzen zieht. Es gibt letzte Rechtssätze, die so tief in der Natur verankert sind, daß sich alles, was als Recht und Gesetz, Moral und Sitte gelten soll, im letzten nach diesem Naturrecht, diesem über den Gesetzen stehenden Recht, auszurichten hat. Diese letzten Rechtssätze im Naturrecht sind zwingend, weil sie unabhängig vom Wandel der Zeit und vom Wechsel menschlicher Anschauungen durch die Jahrtausende gegangen sind und über alle Zeiten hinweg den gleichen Bestand und die gleiche Gültigkeit besitzen. Sie müssen deshalb einen unerlässlichen und fortwährenden Bestandteil dessen bilden, was menschliche Ordnung und menschlicher Sinn schliesslich als Recht und Gesetz

bezeichnen. Im Grunde gilt schon der Satz, daß Gesetz gleich Recht sein muß, aber er gilt nur mit dieser einzigen und ausschließlichen Einschränkung. Verstößt ein Gesetz hiergegen und verletzt es die ewigen Normen des Naturrechts, so ist dieses Gesetz seines Inhaltes wegen nicht mehr dem Recht gleichzusetzen. Es entbehrt nicht nur der verpflichtenden Kraft für den Staatsbürger, sondern es ist rechtsungültig und darf von ihm nicht befolgt werden. Sein Unrechtsgehalt ist dann so erheblich, daß es niemals zur Würde des Rechts gelangen kann, obwohl der Gesetzgeber diesen Inhalt in die äußerlich gültige Form eines Gesetzes gekleidet hat. Einer dieser in der Natur tief und untrennbar verwurzelten Rechtssätze ist der Satz von der Heiligkeit des menschlichen Lebens und dem Recht des Menschen auf dieses Leben, das der Staat als Kulturnation nur fordern darf auf Grund eines Richterspruchs oder im Kriege. Die Gesetze Adolf Hitlers über die sogenannte Euthanasie verstießen aber in krasser Form gegen diesen letzten Naturrechtssatz, mißachteten das Recht von der Heiligkeit des menschlichen Lebens und stellten sich damit außerhalb jedes Rechts. Diese Gesetze verstießen gegen alle Grundsätze von Gerechtigkeit, Sittlichkeit und Moral und lösten die Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens auf, weil sie den einen Teil zum Leben und den anderen Teil zum Tode bestimmten. Sie richteten sich deshalb nicht mehr nach den ewigen Normen des Naturrechts aus und konnten wegen ihres elementaren Unrechtsgehaltes niemals zur Würde und Wirkung eines Rechts gelangen.

Daraus ergibt sich, daß die über die sogenannte Euthanasie ergangenen Erlasse oder auch Gesetze rechtsunwirksam sind, kein Recht geschaffen und somit niemals materielle Gesetzeskraft erlangt haben. Die Handlungen der Angeklagten sind daher nicht erlaubt, sondern wider das Recht gerichtet gewesen. Sie sind damit als objektiv rechtswidrig zu bezeichnen."

## 14. Zwangsmitgliederschaft auch bei Kv'en verfassungswidrig?

Was verfassungsrechtlich nach unserer Überzeugung für die nicht mehr haltbare Zwangsmitgliederschaft bei den Ärztekammern gilt, trifft auch für die Zwangsmitgliederschaft aller Kassenärzte bei den Kassenärztlichen Vereinigungen als "Körperschaften öffentlichen Rechtes" zu. Nachdem das Töten von ungeborenen Kindern offiziell in die Ärztliche Gebührenordnung aufgenommen wurde und die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der ihnen von den Pflichtkrankenkassen ausbezahlten Pauschalsumme auch die Abtreibungen voll finanzieren, (z.Zt. etwa 1 Milliarde DM pro Jahr), bedeutet dies einen Mißbrauch unserer Gelder, die zu einer entsprechenden Verringerung des Einkommens aller hippokratischen Kassenärzte führt, die damit außerdem noch als Gemeinschaft an der Finanzierung dieses Versicherungsbetruges und der Massentötung von z.Zt. ca. 400.000 ungeborenen Kinder mitschuldig gemacht werden. Dabei sind die mindestens so hohen Folgekosten der physischen und psychischen oft lebenslangen Komplikationen (und auch Todesfälle) sowie die Kosten für Krankengeld und Arbeitsausfall nicht mit berechnet.

Wir lehnen diese Zwangshehlerschaft bei der Finanzierung der Massenabtreibungen ebenso ab, wie wir den Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht bestreiten, uns zustehende Kassenhonorare um jene Summen zu kürzen, die sie für die nach wie vor "rechtswidrigen" Massentötungen ausgeben, während sie gleichzeitig oft massive finanzielle Kürzungen an echten therapeutischen Maßnahmen vornehmen..

## **15. Forderung auf Aufhebung der undemokratischen Zwangsmitgliedschaften in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen**

Wir fordern deshalb die Aufhebung auch der Zwangsmitgliedschaft bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und die Aberkennung ihrer Eigenschaft einer Körperschaft öffentlichen Rechtes wegen Preisgabe der gemeinsamen ärztlichen Berufsordnung und des ausschließlichen gemeinsamen Berufszieles, des Heilens, durch Hereinnahme des absichtlichen Tötens von ungeborenen Menschen und des absichtlichen Krankmachens von völlig gesunden schwangeren Frauen in die offizielle Gebührenordnung unter Position 1055 und 1056 (ohne jede wirkliche Kontrolle der Abtreibungsmediziner) und der dadurch mit Sicherheit eintretenden betrügerischer Finanzierung von "Selbstverstümmelungen" und ärztlich nicht gebotenen Tötungen.

Diese Aufnahme der Tötung ungeborener Kinder in die offizielle ärztliche Gebührenordnung der Honorierung von Heilbehandlungen und Behandlung von Krankheiten bedeutet angesichts der jährlichen Abtreibungszahlen von ca 400.000 ungeborenen Kindern, daß in Wirklichkeit Hunderttausende von ungeborenen Kindern jährlich auch ohne zwingende lebensbedrohende medizinische Notwendigkeit mit Hilfe der Ärztlichen Gebührenordnung zur "Krankheit" degradiert werden. Denn die Zahl der tatsächlichen medizinischen Indikationen war bei großzügiger Beurteilung vor der "Reform" des § 218 ca 8.000 Fälle jährlich, die den Kriterien einer schweren medizinischen Notlage entsprachen und offiziell genehmigt wurden.

Dieser derzeitige Zustand ist deshalb ein krasser Verstoß gegen Artikel 1 GG (Menschenwürde) und Art.2 GG, (Recht auf Leben und Unversehrtheit) der ungeborenen Kinder und bedeutet eine praktische Annullierung der hippokratischen Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft und damit auch die Annullierung der Grundlagen der Körperschaft öffentlichen "Rechtes" und der Zwangsmitgliedschaft in diesen Organisationen.

\* \* \*

"Wir sind aufgefordert, weiter zu kämpfen. Wer sich jetzt zurücklehnt, macht sich mitschuldig."

Hubert Hüppe, zu Einsatz für das Lebensrecht ungeborener Kinder.

**An das  
Präsidium des Deutschen Ärztetags  
z.H. von Herrn Präsidenten  
Dr.med. Karsten Vilmar  
z.Zt. Deutscher Ärztetag Eisenach.**

**Betr.: Die Embryontöter Stapf und Freudemann**

Sehr verehrter Herr Präsident,  
Wir beziehen uns auf den Artikel in der FAZ vom 28.5.1997, Seite 4 über die Verfassungsklage der beiden Mediziner Stapf und Freudemann wegen "Berufsbehinderung" durch die Einschränkungen, die die Bayerische Staatsregierung für Abtreibungsmediziner erlassen hat.

Wir verstehen das Schweigen der Ärztekammern nicht, wenn hier Leute, die den ärztlichen Beruf in der schlimmst möglichen Form zum offiziell "rechtswidrigen" Massentöten, anstatt zum Heilen mißbrauchen, noch als "Kollegen" ein gutes Zeugnis von den "Kollegen" ausgestellt bekommen und die Ärztekammern sich nicht dagegen wehren, daß hier das ausschließliche rechtswidrige Töten von Menschen als "ärztliche Tätigkeit" stillschweigend anerkannt wird.

Wenn der Staat nach Professor Dr.jur.Isensee, Bonn, "töten" will, obwohl er dies für "rechtswidrig" erklärte und dann sogar noch eine "flächendeckende" Tötung der unerwünschten ungeborenen Kinder von der Ärzteschaft fordert, (was ein total schizophrener Widerspruch in sich selbst ist) so hat er die Pflicht einen speziellen Abdeckerberuf für ungeborene Kinder zu schaffen, weil die offizielle Beseitigung des hippokratischen Grundprinzips der Ärzteschaft und des Gesundheitswesens "niemals absichtlich krank zu machen oder gar zu töten" mit dem ärztlichen Berufsbild auch die rechtliche Voraussetzung der "Körperschaft Öffentlichen Rechtes" mit Zwangsmitgliedschaft in den Ärztekammern beseitigt.

Wir sind deshalb gezwungen, den Ausschluß dieser beiden Tötungs-mediziner aus der Ärzteschaft zu fordern, weil wir es als eine unerhörte Beleidigung empfinden, als "Kollegen" von medizinischen Massentöttern bezeichnet zu werden und mit ihnen in ein und derselben Organisation zwangsweise "kollegial" zusammengeschlossen zu sein. Falls hier keine klaren Verhältnisse geschaffen werden können, sind wir gezwungen gegen die Zwangsmitgliedschaft in den Ärztekammern wegen der totalen Pervertierung ihres Berufsbildes (Töten statt Heilen) zu klagen, weil damit die rechtlichen Voraussetzungen für die Zwangskörperschaft entfallen und eine solche Zwangsmitgliedschaft in den meisten demokratischen Staaten nicht besteht.

Wir bitten deshalb den Deutschen Ärztetag umgehend die Konsequenzen aus der Situation zu ziehen und vom Staat zu fordern einen dem Berufsbild der Embryontöter entsprechenden speziellen Beruf zu schaffen, der die rechtswidrige staatliche Aufgabe hat, rechtswidrige Tötungen flächendeckend vorzunehmen.

Mit kollegialen Grüßen sind wir  
Ihre

Europäische Ärzteaktion in den Deutschsprachigen Ländern e.V.

i.A. Dr.med.Siegfried Ernst, I.Vorsitzender.

## Sterbebegleitung

Vor kurzem habe ich den "Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung" (datiert 25.4.1997) empfangen. Die Autoren haben eine grosse Arbeit geleistet. Denn es ist eine schwere Aufgabe, genau zu formulieren, wo die Grenze liegt, einerseits zwischen wirklich guter Hilfe und Überbehandlung und andererseits zwischen wirklicher Hilfe und Lebensverkürzung. Wir sind sehr dankbar, dass die Bundesärztekammer die Diskussion über die Richtlinien verschoben hat. Vielleicht können wir darüber korrespondieren. Denn unserer Ansicht nach ist der Wortlaut stellenweise irreführend.

1. Wir sollten zuerst das Ziel der Richtlinie feststellen: Ist das Ziel maximaler Schutz für den Patienten oder maximaler Schutz für den Arzt, der ihn nicht länger schützt? Grundgesetz und "European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms" garantieren einem jedem den Schutz des Lebens. Wenn der Arzt die Freiheit zum Töten bekommt, wird dieser Lebensschutz nicht mehr garantiert und ist jeder Patient in Gefahr (siehe Punkt 4). In Holland wurde in der Hälfte der Fälle, wo das Lebensende des Patienten beabsichtigt war, dies **nicht auf Bitte des Patienten selbst getan**.

2. Die Verwirrung fängt bei dem ersten Satz an: Es ist nicht die Aufgabe des Arztes (neben Optimierung der Gesundheit und Linderung des Leidens) das Leben zu **erhalten** (das ist oft unmöglich), aber das Leben zu **schützen**. Die ärztliche Verpflichtung zum Lebensschutz besteht unter allen Umständen, die Verpflichtung zur **Lebenserhaltung** besteht nur, wenn das möglich ist, und so lange der Patient mit der Behandlung einverstanden ist! Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten enthält das Recht, eine Behandlung zu verweigern, auch wenn diese Weigerung den Tod zur Folge hat. Aber der Arzt bleibt verantwortlich für die geistigen, psychischen und körperlichen Versorgung des Patienten mit Palliativmassnahmen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten impliziert nicht das "Recht vom Arzt getötet zu werden".

3. Eine zweite Irrtumsquelle ist der Begriff Behandlungsbegrenzung: Dass es diese Begrenzung gibt, wissen wir schon seit Hippokrates. Man **muss** mit der Behandlung aufhören, wenn sie unproportional belastend ist und den Tod nicht mehr verhüten kann. Damit wird nicht der Tod beabsichtigt, doch eine nutzlos belastende Behandlung beendet. Das Behandlungsziel bleibt unverändert die Linderung des Leidens und der Schutz des Lebens. Aber der Arzt anerkennt die "Übermächtigkeit der Krankheit", wie Hippokrates es ausdrückte. Wenn Lebensschutz das Behandlungsziel ist, kann die Entscheidung, die Behandlung zu begrenzen, nicht die Absicht haben, das Leben des Patienten zu verkürzen.

4. Wenn aber die Gesellschaft eine Änderung des Behandlungszieles akzeptiert, das heisst, dass das Ziel nicht mehr der Lebensschutz, aber Lebensverkürzung ist, dann wird bald der Arzt die Macht bekommen, zu entscheiden, wer leben darf und wer nicht. Wir haben das niederländische

Beispiel der "Slippery Slope": Nach einem offiziellen Bericht war im Jahre 1995 in fast 20% aller Todesfälle (26.500 auf 135.675 Fällen) Lebensverkürzung das ausgesprochene Ziel oder mit das Ziel der ärztlichen Behandlung; nur in fast 10% (13.300 Fällen) geschah dies auf Bitte des Patienten selbst (Selbstbestimmung?). Aber wir müssen uns realisieren, dass Lebensverkürzung nichts mit Heilkunde zu tun hat und gegen das Grundgesetz verstösst.

5. Es gibt noch eine andere Irrtumsquelle: Der Begriff Lebensverlängerung. Lebensschutz gibt keine Verlängerung des Lebens, doch verhütet sie eine Lebensverkürzung. Wer ein zwei-jähriges Kind aus dem Wasser rettet, hat nicht, wenn es dann 60 Jahre alt wird, dieses Leben um 58 Jahre verlängert. Wie gesagt, hat jeder Patient das Recht, eine Behandlung abzulehnen, auch wenn dadurch sein Leben verkürzt wird. Der Arzt begeht dann keine Euthanasie. Er hat nicht die Absicht, zu töten, und er ist immer bereit, zu helfen. Bei guter Palliativmedizin wird das Leiden gelindert, ohne dass das Leben des Patienten verkürzt wird. Zur natürlichen Ernährung und damit zur Basishilfe gehört auch die Ernährung durch Sonde oder (weniger belastend) Gastrostomie. Wenn man unter diesen Umständen einen Behandlungsverzicht gerechtfertigt erachtet, hat man die Euthanasie (das zielbewusste Töten eines Patienten durch oder im Namen eines Arztes) als erlaubte Handlung akzeptiert. Denn einem Sterbenden die Ernährung einstellen, wenn das unbequem ist und den Tod nicht mehr verhindern kann, ist normale Medizin, aber ein unheilbar Kranker, der noch nicht sterbend ist, würde von Hunger, nicht infolge der Krankheit sterben. Die Einstellung der Ernährung hat in diesem Fall den Tod des Patienten zum Zweck.

6. Die Richtlinie spricht von dem "mutmasslichen Willen des Patienten". Das ist ein gefährlicher Begriff. Denn auch wenn eine Patientenverfügung vorliegt, muss man bedenken (wie im letzten Satz der Linie gesagt), dass niemand vorhersagen kann, wie man in Wirklichkeit die Umstände bewerten wird, die man in einer solchen Verfügung beschrieben hat. Niemand kann daher den mutmasslichen Willen eines willensunfähigen Patienten kennen im Augenblick, in dem der Arzt entscheiden muss. Da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht das "Recht vom Arzt getötet zu werden impliziert" (siehe Punkt 2), kann auch der erklärte Wille des einwilligungsunfähigen Patienten nicht die Forderung zur Lebensverkürzung enthalten.

7. Die Richtlinie nennt nicht nur Behandlungsbegrenzung, die bei a. Sterbenden aber "auch schon geboten sein kann vor der Endphase menschlichen Lebens", wenn der Patient "sich noch nicht im Sterbeprozess befindet": b. Unheilbar Kranke ("mit infauster Prognose und raschem Fortschreiten des Krankheitsprozesses"), c. "Neugeborene mit schwersten kongenitalen Fehlbildungen, die nur dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel am Leben gehalten werden können" und d. Patienten mit chronisch-vegetativen Zuständen (Wachkoma).

7.a. **Sterbende**. Siehe Punkt 5 (Lebensverlängerung, "unvermeidbare Lebensverkürzung durch Linderung des Leidens, natürliche Ernährung) und 6 (mutmasslicher Wille des Patienten)

7.b. **Unheilbar Kranke.** Sehe Punkt 3 (der Arzt anerkennt die Übermächtigkeit der Krankheit, wie Hippokrates es ausdrückte. Wenn Lebensschutz das Behandlungsziel ist, kann die Entscheidung die Behandlung zu begrenzen, nicht die Absicht haben, das Leben des Patienten zu verkürzen und 5 (Basishilfe).

7.c. **Neugeborene.** Auch der Neugeborene mit Fehlbildungen hat ein Recht auf Lebensschutz. Wenn er nur kurze Zeit zu leben hat, gibt diese kurze Zeit den Eltern und dem Arzt die Gelegenheit, ihm die beste Behandlung und Liebe zu geben. Aber was sind schwerste Fehlbildungen? In Holland hat das höchste Gericht akzeptiert, dass ein Kind mit Down-syndrom und Atresie des Ösophagus nicht operiert wurde und daher verhungern musste!

#### 7.d. **Wachkoma**

Wahrscheinlich haben Sie viel darüber gesprochen, besonders mit Neurologen. Die grosse Frage ist: kann man, zum Beispiel mit Hilfe der Enzephalographie, feststellen, ob der komatöse Patient bei Bewusstsein ist oder nicht? Wenn das nicht möglich ist, gibt es ein grosses Problem.

Ich glaube, dass zumal die Begriffe Bewusstlosigkeit und Koma viel Verwirrung verursachen. Koma wird international definiert als ein Zustand, in dem der Patient nicht von sich selbst und seiner Umgebung bewusst ist (not aware of himself and his surroundings). Aber wie muss man dies feststellen? Der Patient ist unfähig, die geringste Bewegung zu machen. Daher kann er nicht seiner Umgebung bekannt machen, dass er hört und fühlt, das heisst, dass er sich selbst und seiner Umgebung bewusst ist, ohne dass die Umgebung davon ein Zeichen erfährt. Weder das Bewusstsein noch das Nichtbewusstsein kann von der Umgebung festgestellt werden.

Wenn der Patient aus dem Koma erwacht, kann er sich manchmal erinnern, dass er während seines Komats bei Bewusstsein gewesen ist. Ich kenne einen Journalisten, der einige Wochen in einem tiefen Koma war, aber wenn er aufwachte sagen konnte, dass der Golfkrieg angefangen hatte, dass er die Hand seiner Frau gefühlt hat und hörte, wenn die Krankenschwester ihn warnte, dass sie eine Spritze geben oder den Blutdruck messen

würde. Daher hat er im Koma hören, fühlen und denken können. Die grosse Frage ist: **Hätte man das enzephalographisch oder sonstwie feststellen können?**

Aber auch wenn der Patient sich nichts erinnert, heisst das noch nicht, dass er im Koma niemals bei Bewusstsein gewesen ist. Denn der Hirnschaden kann auch die Erinnerung verletzt haben, wie auch öfters die Erinnerung an normalen Träumen beim Erwachen verloren geht.

Wenn aber der Patient im Wachkoma hören und fühlen kann, dann ist es Marter, ihn nicht länger zu ernähren. Wenn wir nicht wissen, ob er bewusst ist oder nicht, **soll er wie ein bewusster Patient behandelt werden.** Die neue Richtlinien des Bundesärztekammers sind dann nicht ethisch zu verantworten. Auch nicht wenn der Patient selbst um die todbringende Unterlassung der Ernährung im Fall eines Komats gefragt wurde (siehe Punkt 6). Denn der Patient weiss nicht, dass er auch im Koma fühlen kann und daher möglicherweise zehn oder mehr Tage schrecklich leiden müsste, bis er von Hunger stirbt.

Wenn der Patient im Wachkoma hören und fühlen kann, **müssen wir auch eine neue Definition für Koma suchen, zum Beispiel: Abwesenheit von Kommunikationsvermögen oder von Reagier- und Ausdrucksvermögen.** Auch soll eine neue internationale Name für Wachkoma oder PVS (Persistent Vegetative State) gefunden werden, wie zum Beispiel **Prolonged Noncommunicative State** (dauernde Zustand von Nichtkommunizieren). Denn niemand kann voraussagen, ob eines Tages das Bewusstsein zurückkehren wird. Und der Ausdruck vegetativ will nicht sagen, dass der komatöse Patient eine Pflanze ist (wie Viele behaupten), aber dass das vegetative Nervensystem die Überhand hat.

Zusammenfassend: Wenn wir nicht sagen können, ob ein bestimmter komatöser Patient bei Bewusstsein ist oder nicht, ist es unmenschlich, ihn verhungern zu lassen. Darum sollten wir darüber einig werden.

*Der Autor ist Vorsitzender World Federation of Doctors who Respect Human Life und Mitglied des Ausschusses für medizinische Ethik des niederländischen Ärztesbundes.*

---

Pressemitteilung der Aktion Leben e.V.

## Quo vadis Hoechst AG?

### Hoechst AG stiehlt sich aus der Verantwortung

Abtsteinach. Nachdem die Hoechst AG die Rechte bezüglich der Abtreibungspille RU 486 kostenlos an früheren Vorstandsvorsitzenden der französischen Hoechst-Tochter Roussel-Uclaf, Edouard Sakiz und in den USA bereits im letzten Jahr an "Population Council" übertragen hat, glaubt die Hoechst AG, sich der damit verbundenen Verantwortung ebenfalls entledigt zu haben.

"Aus der Sicht der Hoechst AG ein zwar gelungener Schachzug, aber die Lebensrechtler in aller

Welt werden über diesen strategischen Schritt kaum Jubeln", kommentiert Walter Ramm, Vorsitzender der bundesdeutschen Aktion e.V., und spricht von einem "billigen Trick". Die Öffentlichkeit solle wieder einmal getäuscht werden. So habe Anfang des Jahres die Hoechst AG durch einen strategischen Rückzug bei der Patentierung eines sog. "Euthanasie-Cocktails" ihr Ansehen als Pharmakonzern retten wollen.

Wie seinerzeit die Herstellung von Zyklon-B, das zur Tötung von Menschen mißbraucht wurde, so werde die Tötung ungeborener Kinder durch RU 486 und die Euthanasie mit Hilfe des Giftes, das von Hoechst gesponsert wurde, an dem Namen der Firma Hoechst als Makel haften bleiben.

Aus der Vergangenheit habe man offensichtlich nichts gelernt, stellt Ramm fest und fragt: "Quo Vadis, Hoechst AG?"

-7

## Dankwort

### zur Preisverleihung der Stiftung "Ja zum Leben"

Verehrte Gräfin Johanna,  
sehr geehrte Damen und Herren der Stiftung Ja zum Leben,  
lieber Claus Jäger,  
liebe Freunde des Lebens !

Als ich die Mitteilung von dieser Preisverleihung erhielt, schrieb ich Ihnen, verehrte Gräfin, daß ich mich dieser Ehrung nicht für würdig hielte, daß ich Freunde kenne, die in diesem Kampf um das Leben viel mehr gebetet und gearbeitet hätten. Aber Sie blieben bei Ihrer Entscheidung, weil Ihnen offenbar mein Einsatz für ein besseres Zusammenwirken der Lebensrechtsgruppen mit dem Ziel einer größeren Schlagkraft wichtig schien.

Ich möchte meinen Dank an den Stiftungsrat heute in einen größeren Zusammenhang des Dankes stellen.

In diesem Jahr fanden zahlreiche Gedenkfeiern statt anlässlich der Beendigung des Krieges vor 50 Jahren und des darauf folgenden Neubeginns in vielen Bereichen. 50 Jahre des Friedens, der Freiheit und des Wohlstandes wurden uns geschenkt. Und das nach einem verlorenen, ja verbrecherischen Krieg! Ist das nicht ein Grund zum Staunen und zur Dankbarkeit? Das ist doch ein unglaubliches, unverdientes Glück!

Wem verdanken wir das eigentlich? Unserer deutschen Tüchtigkeit? Dem Wohlwollen der Siegermächte? Ich denke, wir verdanken es zuerst dem unergründlichen Erbarmen Gottes und - davon bin ich überzeugt - dem Lebensopfer unserer Blutzeugen, die damals, ihrem Gewissen folgend, Hitler widerstanden haben. Dafür gibt es einen unverdächtigen Zeugen:

Winston Churchill sagte 1946 vor dem Britischen Unterhaus:

"In Deutschland lebte eine Opposition ..., die zu dem Edelsten und Größten gehört, was in der politischen Geschichte aller Völker je hervorgebracht wurde. Diese Männer kämpften ohne eine Hilfe von innen oder außen, einzig getrieben von der Unruhe ihres Gewissens. Ihre Taten und Opfer sind das Fundament eines neuen Aufbaus. Wir hoffen auf die Zeit, in der das heroische Kapitel der innerdeutschen Geschichte seine gerechte Würdigung finden wird".<sup>1</sup>

Das sagt ein englischer Politiker! Diese Männer und Frauen des Widerstandes haben uns vor der Weltöffentlichkeit rehabilitiert!

Über diese innerweltliche Betrachtung hinaus wissen wir Christen, daß das Martyrium in der Nachfolge Christi und in der Verbindung mit Ihm eine reinigende, erneuernde, ja erlösende Kraft besitzt. Unser Bundeskanzler hat am 23. Januar d.J. in Berlin-Plötzensee der zehn Männer gedacht, die an diesem Tag im Jahre 1945 hingerichtet wurden und deren Blutopfer und Vermächtnis den stärksten Impuls zur Gründung der C-Parteien gegeben haben. Unter ihnen war Graf Moltke, der Initiator des Kreisauer Kreises, unser Württembergischer Landesvater Eugen Bolz und der katholische Ar-

beiterführer Nikolaus Groß, dessen Sohn Bernhard zu meiner Freude hier anwesend ist. Schon lange setze ich mich dafür ein, daß wir diesen Tag als ökumenischen Gedenktag für die christlichen Blutzeugen gewinnen, zumal er in die Gebetswoche für die Einheit der Christen fällt. Noch wichtiger aber als ein solcher Gedenktag ist die Frage: Was würden diese Männer und Frauen, die damals für unser Land und für ihr christliches Gewissen ihr Leben hingegeben haben, in unserer heutigen Situation tun? Oder besser: Was erwarten sie heute von uns?

Es dürfte klar sein: Sie erwarten das eindeutige Bekenntnis zur Unantastbarkeit des menschlichen Lebens von der Empfängnis bis zum Tode. Wenn in unseren Diskussionen immer wieder darauf hingewiesen wird, daß Abtreibungen auch in anderen Ländern gang und gäbe seien, und im katholischen Polen sogar noch in größerem Umfang, dann antworte ich: Von Deutschland gingen die beiden großen politischen Häresien unserer Zeit aus, der Marxismus und der Nationalsozialismus. Von Deutschland gingen die beiden Weltkriege aus. Deutsche haben im Holocaust Verbrechen begangen, die einmalig sein dürften in der Weltgeschichte. Nach diesen negativen "Pionierleistungen" erwartet die Welt, erwarten unsere Blutzeugen, erwartet Gott von Deutschland eine positive Pionierleistung!

Unsere Märtyrer sind aber nicht nur Leitbilder und Mahner, sie sind auch unsere Fürsprecher. In unserem Anliegen "Ja zum Leben" wende ich mich gerne an Nikolaus Groß, dessen Seligsprechungsprozeß im Gang ist. Er war Vater von sieben Kindern, die bei seiner Hinrichtung fast alle noch unmündig waren. Er hatte besonders für die Familie gekämpft. Der Abschiedsbrief an seine Familie gehört zu den bewegendsten Glaubenszeugnissen aus dieser Zeit. Wer ihn nicht kennt, kann sich am Schriftenstand bedienen. Ferner wende ich mich um Fürbitte an Eugen Bolz, das 12. von 13 Kindern einer Rottenburger Handwerkerfamilie. Er wurde Jurist und Politiker. Er möge sich für seine Berufskollegen beim HERRN einsetzen! Als dritten nenne ich Kardinal Galen, den "Löwen von Münster", der unseren Bischöfen und Kirchenmännern einen klaren Blick und Mut erwirke, wie er Ihnen, verehrte Gräfin, seiner Großnichte, Einsicht und Mut erwirkt hat.

An dieser Stelle sei es erlaubt, etwas zur Deutschen Bischofskonferenz zu sagen, die sich kürzlich bei ihrer Herbstvollversammlung in Fulda auch mit unserem Thema befaßt hat. Die abschließende Stellungnahme, die Bischof Lehmann vortrug, bringt deutlich die Zwiespältigkeit, ja Widersprüchlichkeit sowohl der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts als auch des Bundestages zum Ausdruck. Dafür ist Bischof Lehmann zu danken.

Die Stellungnahme hat aber auch Defizite:

Mit keinem Wort ist davon die Rede, daß wir uns in dieser Schicksalsfrage unseres Volkes im Gebet an Gott wenden sollen. Als ich vor Jahren bei einem Katholikentag mit einer Beraterin für Schwangere in Konfliktsituationen ins Gespräch kam, gestand sie mir, daß sie nur widerstrebend und schweren Herzens diesen Auftrag übernommen habe, ihn auch nur ausführen könne, weil eine Gebetsgruppe ihren Einsatz mitträgt. Wir kämpfen hier ja "nicht nur mit Fleisch und Blut, sondern mit widergöttlichen Mächten!" Angesichts dieser au-

Bermenschlichen Mächte, die auch heute in unserem Ringen um das Lebensrecht am Werk sind, gilt erneut das Wort von Reinhold Schneider "Allein den Betern kann es noch gelingen". Wir bitten unsere Bischöfe, dies laut zu sagen!

Sodann vermisste ich in der Stellungnahme der Bischofskonferenz die Erwähnung der Lebensrechtsgruppen. Nachdem unsere Politiker kein wirksames Gesetz zum Schutz der ungeborenen Kinder zustandegebracht haben, werden die freien Bürgerinitiativen immer wichtiger. Eine entfernte Verwandtschaft verbindet sie mit den Widerstandsgruppen im Dritten Reich. Sie brauchen zwar heutzutage nicht um Kopf und Kragen zu bangen. Aber gemeinsam ist ihnen der Aufstand des Gewissens. An die Stelle der Lebensgefahr ist das Totschweigen in den Medien getreten. Sogar ein liberaler Lebensrechtler spricht von einer "Mauer des Schweigens". Und das nicht nur in den öffentlichen Medien, sondern auch in kirchlichen Kreisen.

Betrachtet man in der Kirche die Lebensrechtsgruppen vielleicht als laienhafte Konkurrenz? Aber beim Einsatz für die ungeborenen Kinder und ihre Mütter geht es nicht nur um Beratungs-Professionalität, sondern vor allem um das Gewissen und um die Kraft des liebenden Herzens. Heute wird hier die "Birke" ausgezeichnet, die modellhaft und professionell diese Kraft der Liebe in die Praxis erfolgreich umsetzt. Unsere Bischöfe bitte ich, die langjährige Erfahrung und den selbstlosen Dienst der Helferkreise zur Kenntnis zu nehmen, sie zu unterstützen und einer Zusammenarbeit mit den professionellen Beraterinnen den Weg zu bereiten. Zum Schluß möchte ich mich für die Entkriminalisierung der Kindesaussetzung aussprechen. Sollte nicht eine offizielle Institution geschaffen werden, die die fürsorgliche Annahme eines Kindes garantiert, ohne dabei die abgebende Mutter zu diskriminieren? Im Mittelalter waren es Klöster, die mittels einer hölzernen Drehwinde das heimliche und anonyme Ablegen von Säuglingen ermöglichten. Solchen Findelkindern wurde eine gute Erziehung gewährt. Aussetzung mag keine feine Lösung sein, sie ist aber jedenfalls besser als das Töten des Kindes. Und: Ist die Abtreibung denn eine "feine Lösung"? Es muß ja auch nicht eine "Aussetzung" des Kindes im eigentlichen Sinne sein. Ich halte Claus Jägers Vorschlag einer staatlichen Pflege-Obhut nach wie vor für gut. In diesem Modell würde der Staat für das Auskommen des Kindes garantieren, und der Mutter eine Bedenkfrist lassen, gegebenenfalls doch das Kind zu sich zu nehmen. Anderenfalls hätte der Staat für eine Adoption zu sorgen. Schon das "salomonische Urteil" im Alten Testament führt uns vor Augen, daß die Mutter, die bereit ist, ihr Kind herzugeben, eine größere Liebe hat als die Mutter, die alles - sogar den Tod des Kindes - in Kauf zu nehmen bereit ist. Mutter Teresa ruft uns zu: "Gebt mir die Kinder, die Ihr nicht haben wollt!"

Ich möchte mit dem Gebet schließen, das Dietrich Bonhoeffer in Erwartung seiner Hinrichtung hinterlassen hat:

Von guten Mächten wunderbar geborgen,  
erwarten wir getrost was kommen mag.  
Gott ist mit uns am Abend und am Morgen  
und ganz gewiß an jedem neuen Tag.

#### Anmerkung:

1 Sonderausgabe von "Das Parlament": "Die Wahrheit über den 20. Juli 1944" bearbeitet von Hans Royce

### Abschiedsbrief von Nikolaus Groß

an seine Familie, den er noch zwei Tage vor seinem Tode geschrieben hat.

"Herzallerliebste Mutter! Ihr lieben guten Kinder! Es ist St. Agnestag, an dem ich diesen Brief schreibe, der, wenn er in Eure Hände kommt, zusammen mit einem anderen Brief, den ich im November schrieb, Euch künden wird, daß der Herr mich gerufen hat. Vor mir stehen Eure Bilder, und ich schaue jedem lange in das vertraute Angesicht. Wieviel hatte ich noch für Euch tun wollen - der Herr hat es anders gefügt. Der Name des Herrn sei gepriesen. Sein Wille soll an uns geschehen. Fürchtet nicht, daß angesichts des Todes großer Sturm und Unruhe in mir sei. Ich habe täglich immer wieder um die Kraft und Gnade gebetet, daß der Herr mich und Euch stark mache, alles geduldig und ergeben auf uns zu nehmen, was er für uns bestimmt oder zugelassen. Und ich spüre, wie es durch das Gebet in mir still und ruhig geworden ist. Mit inniger Liebe und tiefer Dankbarkeit denke ich an Euch zurück. Wie gut ist doch Gott, und wie reich hat er mein Leben gemacht. Er gab mir seine Liebe und Gnade, und er gab mir eine herzensliebende Frau und gute Kinder. Bin ich ihm und Euch dafür nicht lebenslangen Dank schuldig? Habt Dank, Ihr Lieben, für alles, was Ihr mir erwiesen. Und verzeiht mir, wenn ich Euch weh tat oder meine Pflicht und Aufgabe an Euch schlecht erfüllte. Besonders Dir, liebe Mutter, muß ich noch danken. Als wir uns vor einigen Tagen für dieses Leben verabschiedeten, da habe ich, in die Zelle zurückgekehrt, Gott aus tiefem Herzen gedankt für Deinen christlichen Starkmut. Ja Mutter, durch Deinen tapferen Abschied hast Du ein helles Licht auf meine letzten Lebenstage gegossen. Schöner und glücklicher konnte der Abschluß unserer innigen Liebe nicht sein, als er durch Dein starkmütiges Verhalten geworden ist. Ich weiß: Es hat Dir und mir große Kraft gekostet, aber daß uns der Herr diese Kraft geschenkt, dessen wollen wir dankbar eingedenk sein.

Manchmal habe ich mir in den langen Monaten meiner Haft Gedanken darüber gemacht, was wohl einmal aus Euch werden möge, wenn ich nicht mehr bei Euch sein könnte. Längst habe ich eingesehen, daß Euer Schicksal gar nicht von mir abhängt.

Wenn Gott es so will, daß ich nicht mehr bei Euch sein soll, dann hat er auch für Euch eine Hilfe bereit, die ohne mich wirkt. Gott verläßt keinen, der Ihm treu ist, und er wird auch Euch auch nicht verlassen, wenn Ihr Euch an Ihn haltet.

Habt keine Trauer um mich - ich hoffe, daß mich der Herr annimmt. Hat er nicht alles wunderbar gefügt. Er ließ mich in einem Hause, in dem ich auch in der Gefangenschaft manche Liebe und menschliches Mitgefühl empfing. Er gab mir über fünf Monate Zeit - wahrscheinlich eine Gnadenzeit - mich auf die Heimholung vorzubereiten. Ja, er tat viel mehr: Er kam zu mir im Sakrament, oftmals, um bei mir zu sein in allen Stürmen und Nöten, besonders in der letzten Stunde. Alles das hätte ja auch anders sein können. Es war nur ein Kleines dazu nötig, ich brauchte wie viele andere nach

dem Angriff vom 6. 10. nur in ein anderes Haus verlegt werden, und ich hätte vieles Entscheidendes nicht empfangen. Muß ich nicht Gottes weise und gnädige Fügung preisen und Ihm Dank sagen für seine Güte und väterliche Obhut? Sieh, liebe Muffer, so menschlich schwer und schmerzlich mein frühes Scheiden auch sein mag - Gott hat mir damit gewiß eine große Gnade erwiesen.

Darum weinet nicht und habt auch keine Trauer; betet für mich und danket Gott, der mich in Liebe gerufen und heimgeholt hat.

Ich habe für jeden von Euch einen Spruch oder ein Andachtsbildchen mit einem persönlichen letzten Wort versehen, möge es jedem eine kleine Erinnerung sein mit der Bitte, mich im Gebet nicht zu vergessen.

Eine große Freude war mir das Sterbekreuz und der Rosenkranz, den Du, liebe Muffer, mir in die Zelle schicktest. Ich trage das Kreuz Tag und Nacht auf meiner Brust, und auch der Rosenkranz ist mein ständiger Begleiter. Ich werde Sorge tragen, daß beides in Deine Hände zurückkommt

Auch sie werden Dir Gegenstand lieber Erinnerung sein.

Nun habe ich meine irdischen Angelegenheiten geordnet. Die Tage und die Stunden, die mir bleiben, will ich mich ganz dem Gebet hingeben. Gott möge sich meiner armen Seele erbarmen und Euch immerdar mit seinem Segen und seiner Gnade begleiten.

In der Liebe Christi, die uns erlöste und unsere ganze Hoffnung ist, segne ich Euch: Dich liebste gute Muffer, Dich Klaus und Dich Berny, Dich Marianne und Dich Elisabeth, Dich Alexander, Dich Bernhard und Dich Leni. Ich grüße noch einmal alle teuren Verwandten, meinen Vater und Schwiegervater, meine Geschwister, Schwäger und Schwägerinnen mit ihren Kindern, alle Verwandten, Freunde und Wohltäter.

Gott vergelte Euch, was Ihr mir Liebes und Gutes getan habt. Im Vertrauen auf seine Gnade und Güte hofft auf ein ewiges Wiedersehen in seinem Reiche des Friedens.  
Euer Vater."

aus: idea Nr. 13/97 vom 3. Februar, Kommentar

Christa Meves

## Wenn sich im Fernsehen Verbrecher ihrer Tat rühmen können

### Weshalb das Unrechtsbewußtsein unter den Deutschen immer mehr verlorengeht

Damals, am Ende der 70er Jahre, war das wie ein makabrer Auftakt für eine bedenkliche Entwicklung: Der Millionärssohn Richard Oetker, 182 Zentimeter groß, wurde von einem Entführer im Autokofferraum in eine 120 Zentimeter lange Kiste gesperrt, bis 21 Millionen Mark Lösegeld bezahlt worden waren. Der junge Mann kam - zum Krüppel geschlagen - nur knapp mit dem Leben davon. Man kam dem Entführer auf die Spur und verurteilte ihn zu 15 Jahren Haft. Kürzlich trat der freigelassene Verbrecher Dieter Zlof im Fernsehen auf und rühmte sich unverfroren, mit einem von keinerlei Skrupeln angefochtenen Selbstbewußtsein seiner "Heldentat". Der an Krücken gehende Oetker-Sohn wurde eingeblendet, was des Täters Stolz auf seine, von ihm als hochintelligent eingeschätzte Tat nicht beeinträchtigte. Er kündigte vielmehr ein Buch über die Entführung an. Auf einen Aufschrei der Empörung über diese Sendung wartete man vergeblich. Nur einzelne protestierten. Das zeigt deutlich: Dieses Ereignis ist viel mehr als eine einzelne Unverfrorenheit. Es ist ein Kennzeichen des Werteverfalls und macht erkennbar, wie weit die Pervertierung des Unrechtsbewußtseins fortgeschritten ist. Daß es mittlerweile immer öfter geschehen kann, daß Unternehmer oder ihre Angehörigen entführt, gequält oder gar getötet werden, damit Verbrecher auf grausame Weise Beute machen, ist mehr als ein Indiz wachsender, aus der Selbstkontrolle geratener Habgier. Es handelt sich vielmehr um die Frucht einer schleichenden Indoktrination mit dem Übel Gleichheitsideologie. Wer mehr als andere hat, muß eben bestohlen werden. Die Zunahme entsprechender Verbrechen wuchs auf diesem Sumpfboden. Die Wucherung des Neides begann, das Un-

rechtsbewußtsein für solche Verbrechen allgemein allmählich herabzusetzen. Es galt nicht mehr als selbstverständlich, jedem Menschen gleich welcher "Kaste" Achtung zu zollen. Daß es Fernsehredaktionen wagen können, einen Film - in dem ein Verbrecher sich seiner Tat rühmen konnte - ohne Rüge der Kontrollinstanzen auszustrahlen, zeugt von einer bedenklichen Umwertung unseres Wertsystems. Hoffen sie, daß sich in der Bevölkerung das Bewußtsein für Recht und Unrecht, für Gut und Böse verringert hat? Wo bleibt das Bemühen um Gerechtigkeit für das zum Krüppel geschlagene Opfer? Das vielbeschworene Humanum wird ersetzt durch die nun nicht einmal mehr "klammheimliche" Freude. Das sollte uns verdeutlichen, daß die Hydra Neid trotz all der vielen Jahre des Wohlstandes nicht aus Mangel an Gelegenheit eingegangen, sondern daß sie geradezu gezüchtet worden ist, indem man den Neid erstmals in der Geschichte nicht mehr als eine seelische Gefahr zu verbannen und zu kontrollieren sucht, sondern ihm stattdessen ungebremsste Aktivität zubilligt. Seit der biblischen Warnung an Kain könnten wir wissen, daß die Folge Brudermord heißt. Schließlich wird den Menschen bereits in dieser Geschichte durch Gott zugerufen: "Wenn du fromm bist, so kannst du frei den Blick erheben. Bist du aber nicht fromm, so lauert die Sünde vor der Tür, und nach dir hat sie Verlangen; du aber herrsche über sie" (1. Mose 4,7). Wird eine solche Warnung nicht beachtet, pflegt er keine Einzelpersönlichkeit zu bleiben, wie es 70 Jahre nach der russischen Revolution deutlich genug geworden ist - mit diesem Kampf aller gegen alle in einer Welt ohne Gott, mit dem bitteren Ende in Elend und Selbstzerstörung. Wir bedürfen deshalb in unserer Situation einer entschlossenen Abwehr dieser Durchseuchung mit einer selbstmörderischen Geisteshaltung.

aus: idea Nr. 10/97 vom 27. Januar 97, Kommentar  
Uwe Siemon-Netto

## Was sind Kinder noch wert

**"Horror": das Angebot eines Computerdienstes und niederländischer Ärzte**

Was ist eigentlich im vormals christlichen Abendland ein Mutterleib? Ist er ein Vorgarten, aus dem jede mißliebige Pflanze, je nach modischem Geschmack, herausgejädet werden kann? Ist er ein Müllproduzent, dessen Erzeugnisse zu entsorgen sind? Zwei Meldungen aus den letzten Tagen lassen Schlimmes befürchten.

Uns schaudert's, wenn wir lesen, daß aus dem lieblichen Rosenheim in Bayern über den Computerdienst "T-Online" Kinder als Foltersklaven feilgehalten wurden. "Das Kind kostet ab 12.000 Mark. Sie können damit machen, was Sie wollen - in unserem schalldichten Folterkeller. Ich will Cash", so hieß es in dem Angebot. Und weiter: "Wenn sie (die Kinder) kaputt sind, das ist anderen auch schon passiert, beseitigen wir den Kadaver für 3.000 Mark Aufpreis." Das Paar, das dieses gespenstische "Geschäft" betrieb, ist jetzt in Haft, aber das läßt uns nicht aufatmen. Denn das Werk dieser beiden liegt ja im Trend; es liegt ganz auf der Linie unserer neubarbarischen Unkultur, in der nicht einmal in der evangelischen Kirche Einmütigkeit darin besteht, daß das Menschenleben, in dem Gott ja jedesmal neu sein Ebenbild schafft, unter allen Umständen zu schützen sei.

Ungeborenes Leben wird nun wie Unkraut entfernt, wenn es beispielsweise weiblichen Geschlechtes ist und dies dem Wunsch der Eltern widerspricht. Dann reisen Schwangere in die Niederlande, wo manche Ärzte voll stolzer Liberalität mitteilen, sie trieben ab, ganz gleich aus welchem Motiv die Frau ihr Kind loswerden wolle. Das gilt als fortschrittlich, im Gegensatz zu uns "Reaktionären",

die wir für das Lebensrecht aller Menschen eintreten.

Was niederländische Ärzte und deutsche Frauen da betreiben, erinnert an manche unchristlichen Länder der Dritten Welt, wo Mädchen als minderwertig gelten und folglich vor oder nach der Geburt umgebracht werden. Daß dies jetzt auch bei uns geschieht, entbehrt nicht einer düsteren Ironie; es ist ja die direkte Folge des radikalemanzipatorischen Klamauks um das "Recht" der Frau zum Mord an ihrer Leibesfrucht. Nun richtet sich dieses "Recht" insbesondere gegen das weibliche Geschlecht.

Aber es richtet sich vor allem gegen Gott, gegen den Heiligen Geist, der "lebendig macht", wie die gesamte Christenheit bekennt. Auf Gott wird dabei freilich kein Gedanke verschwendet. Deshalb läßt sich durchaus realistisch voraussagen, daß die "Fortschrittlichen" dereinst auch einmal, sobald sich die Pigmentierung Ungeborener ermitteln läßt, grünäugige Föten abtreiben lassen, wenn die Mode sie zu Müll erklärt. Oder solche, die zu lang oder zu kurz zu werden drohen. Oder zu dick oder zu dünn. Oder wenn sie "rassisch unrein" sind. Der Teufelskreis schließt sich.

Es ist Endzeit - Endzeit für eine vormals christliche Zivilisation, die sich abermals die Freiheit nimmt, die Gottesgabe Leben als "unwert" zu deklarieren. Wir können dem Gottesgericht über diese Verächtlichmachung des Heiligen Geistes nur entgegenbringen. Aber wir müssen auch ein diesseitiges Gericht fürchten: das Gericht der Geschichte. Sie lehrt uns, daß keine Gesellschaft überlebt, die ihre Kinder opfert, sei's in den Folterkellern einer oberbayerischen Domina, sei's in den Praxen von Fötenschlächtern, die sich Ärzte nennen.

aus: idea Nr. 12/97 vom 30. Januar

Hansjörg Bräumer

## Ein Angriff gegen Gott: Moderner Kindermord

Im selben Zusammenhang, in dem Gott dem Menschen erlaubt, Tiere zu töten, sagt er eindeutig: "Wer Menschenblut vergießt, dessen Blut soll durch Menschen vergossen werden; denn nach dem Bilde Gottes hat er den Menschen gemacht" (1. Mose 9,6). Damit zeigt Gott, daß er allein Herr über das Leben des Menschen ist. Wer einen Menschen angreift, greift Gott an. Wer das Blut eines Menschen vergießt, zertrümmert das Ebenbild Gottes. Auf dieser Basis ist alles Blutvergießen zu beurteilen, das nicht direkt durch das Gebot "Du sollst nicht morden" untersagt ist. Jeder, der menschliches Leben antastet, macht sich schuldig. Es gibt jedoch Situationen, in denen der Mensch nicht

wählen kann zwischen Schuldigwerden und Nicht-Schuldigwerden, sondern in denen ihm keine andere Wahl bleibt, als in Verantwortung Schuld auf sich zu nehmen. Hier gilt nach Dietrich Bonhoeffer: "Vor den andern Menschen rechtfertigt den Mann der freien Verantwortung die Not, vor sich selbst spricht ihn sein Gewissen frei, aber vor Gott hofft er allein auf Gnade."

## Das Töten neuen Lebens

Für Christen, für die die Bibel Maßstäbe für alle Lebensfragen setzt, ist jeder Mensch vom Augenblick seiner Zeugung an ein Werk des Schöpfers, ein Gegenstand seiner Liebe. Gott ist der Schöpfer eines jeden Menschen, der im Mutterleib in natürlicher Weise in Erscheinung tritt. Von der gerade befruchteten Eizelle heißt es: "Deine Augen sahen mich schon als formlosen Keim" (Psalm 139,16). Keim (hebräisch: golem) heißt wörtlich übersetzt: "Zusammengewickelter", "rohe, noch ungeformte Masse", "Knäuel", "Klumpen". Für Gott zählt jeder Tag des gerade mit der Befruchtung einer menschlichen Eizelle im Mutterleib entstandenen Men-

schen. Alle Tage, "als noch keiner von ihnen da war", sind von Gott "vorbedacht" und "eingeschrieben" in sein Buch (Psalm 139,16)! Was muß in dieses sein Buch eingetragen werden, wenn Menschen neues Leben beenden? Hier ist es die Aufgabe der Christen zu sagen: Jedes Kind - vom Tag seiner Zeugung an - hat dieselbe Würde wie ein erwachsener Mensch.

## I. Abtreibung

Die in Deutschland erstmals seit 1995 mögliche straffreie Abtreibung bis zur 12. Woche wird von nicht wenigen Befürwortern so begründet: Bei den frühen Entwicklungsstadien handele es sich um ein nichtmenschliches Etwas, um biologisches Material, um einen ungeordneten Zellhaufen, um Schwangerschaftsgewebe oder um ein "himbeerähnliches Gebilde" (so der einstige Bundesverfassungsgerichtspräsident Wolfgang Zeidler), aus dem sich allmählich ein menschliches Lebewesen entwickelt. Dieses sogenannte Stufenmodell steht im Widerspruch zur Schöpfung des Menschen durch Gott (vgl. Psalm 139,16). Die Bibel kennt kein Stufen-, sondern nur das Ganzheitsmodell. Das ist inzwischen auch unabhängig von der Bibel akzeptierte Erkenntnis der Wissenschaft. Unabhängig voneinander ist es das Forschungsergebnis des berühmten Biologen Adolf Portmann (1897-1982) und des Humanembryologen Erich Blechschmidt (1904-1992). Mit Nachdruck setzt sich Portmann dafür ein, daß ein Embryo von der Befruchtung an menschlich ist: "Wie einem Bilde der Entwurf vorausgeht..., so ist auch in der Entwicklung eines Menschen die besondere Wesensart von Anfang an in entscheidenden Zügen da, ist 'Menschliches' von allem Beginn dieses Werdens vorhanden." Blechschmidt faßt das Ergebnis seiner lebenslangen Forschung folgendermaßen zusammen:

"Wenn sich Ei und Samenzelle vereinigt haben, beginnt ein neues Leben heranzuwachsen."

\* "Ein Mensch entwickelt sich nicht zum Menschen, sondern als Mensch. Er wird nicht Mensch, sondern ist Mensch von Anfang an."

\* "Mit der Befruchtung einer menschlichen Eizelle ist die Wesensart Mensch gegeben. Was sich im Verlauf der Entwicklung ändert, ist nur das Erscheinungsbild."

Jede Abtreibung ist eine Vernichtung entstandenen Lebens. Weder die Mutter, die abtreibt - schon gar nicht der Erzeuger -, noch die Öffentlichkeit fragen danach, wie Ärzte und medizinisches Personal damit fertig werden, daß sie mehr oder weniger gezwungen sind, entstandenes Leben zu beseitigen. Selbstverständlich gibt es die Situation, in der ein Arzt nicht zwischen Schuld und Nichtschuld entscheiden kann, sondern in der ihm keine andere Wahl bleibt, in Verantwortung Schuld auf sich zu nehmen. Dies kann dann der Fall sein, wenn neues Leben das Leben der Mutter bedroht (medizinische Indikation bzw. Notlage). Dies ist die einzige tatsächlich zu rechtfertigende Konfliktsituation. Die sogenannte "soziale Notlagenindikation" ist besonders in einem so reichen Land wie Deutschland unverantwortbar - vor allem weil es genügend Ehepaare gibt, die bereit sind, Kinder zu adoptieren oder auch als Pflegekinder zu versorgen. Unter dem Stichwort "soziale Notlage" werden

jedes Jahr in Deutschland hunderttausende Kinder oft genug der eigenen Bequemlichkeit geopfert. Seit Kriegsende sind es in ganz Deutschland weit über 10 Millionen Menschen gewesen. In solchen Fällen ist die "Beseitigung" neuen Lebens ein eindeutiger Verstoß gegen das Gottesgebot. Gleiches gilt für die Abtreibung der im Mutterleib als krank diagnostizierten Kinder und für den sogenannten Fetozid.

## 2. Die Tötung ungeborener kranker und behinderter Kinder

Ein Urteil des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshof (BGH) vom 22. April 1983 (Az.: 3 StR 25/83) hat besonders Folgen für Kinder, deren Behinderung im Mutterleib festgestellt wird. In diesem Urteil, das sich auf die Tötung eines Ungeborenen durch ärztliche Fehlbehandlung einer Schwangeren bezieht, heißt es u.a.: Die Tötung kann "erst dann strafbar sein, wenn die Eröffnungswehen bereits eingesetzt haben. Vor diesem Zeitpunkt sei der Fötus nicht als Mensch im Sinne der Tötungsdelikte anzusehen".

Durch die Pränatale Diagnostik, das heißt die Diagnose vor der Geburt, können Eltern erfahren, ob das Kind krank oder behindert ist. Ursprünglich wurde dabei Fruchtwasser untersucht, um angeborene Schäden, zum Beispiel Down-Syndrom (Mongolismus), bereits im Mutterleib festzustellen. Da nachgewiesen wurde, daß einzelne rote Blutkörperchen des Fötus während der Schwangerschaft ins mütterliche Blut gelangen, ist dies auch durch eine einfache Blutuntersuchung der Schwangeren möglich. Jeder, der sich ihr unterzieht oder sie befürwortet, muß sich im klaren sein: Die Pränatale Diagnostik wird nicht nur angewandt, um zu helfen, sondern um gegebenenfalls zu töten. Ein negativer Befund kann zwar Eheleuten die Angst vor der Geburt eines schwerbehinderten Kindes nehmen, ein positiver Befund aber hat in der Regel eine Abtreibung, das heißt die Tötung des Kindes, zur Folge. Begründet wird dieser Schritt oft damit, daß ein behindertes Kind Eltern, Familie und Gesellschaft unzumutbar belaste. Die verhinderten Geburten schwerbehinderter Kinder sind - so meint es tatsächlich eine 1980 an der Universität Marburg eingereichte Doktorarbeit von Hans Heinrich Freiherr von Stackeiberg - aus volkswirtschaftlichen Gründen notwendig. In ihr heißt es: "Angesichts des gegenwärtigen und auch in absehbarer Zukunft im Vergleich zu den 60er Jahren langsameren Wirtschaftswachstums und des sich dadurch verengenden Spielraumes für soziale Leistungen zeichnet sich schon heute die Tendenz ab, daß die verfügbaren Ressourcen zur Betreuung und Behandlung aller Behinderter nicht ausreichen werden." Stackeiberg geht davon aus, daß Eltern - hätten sie von der gesundheitlichen Beeinträchtigung ihres Kindes gewußt - der Geburt eines behinderten Kindes nie zugestimmt hätten. Er will bewußt Fragen der Ethik ausklammern. Schwergewicht seiner Arbeit ist eine "Kosten-Nutzen-Analyse", in der ermittelt wird, was ein behindertes Kind kostet. Diese Argumentationsweise erinnert an eine Rechenaufgabe in nationalsozialistischen Schulbüchern, die damals ihre Wirkung nicht verfehlte: "Der Bau einer Irrenanstalt erfordert 6 Millionen RM (Reichsmark). Wie viele neue

Wohnblocks a 15.000 RM würden für diese Summe gebaut werden können?" Kranke und behinderte Kinder werden als Bedrohung für den öffentlichen und privaten Wohlstand betrachtet. Man sieht in ihnen nicht vollwertige und damit unglückliche Menschen. Die Abtreibung von Kindern mit krankhaftem Befund ist nichts anderes als ein verfeinertes Euthanasiemodell.

### 3. Der "Fetozid"

In England sorgte folgender Fall für Schlagzeilen: Eine 28jährige unverheiratete Frau, Mutter eines Kindes, weigerte sich, die von ihr erwarteten Zwillinge auszutragen. Mit drei Kindern wäre sie finanziell überlastet. Obwohl viele Mitbürger bereit waren, eines der Kinder oder beide zu adoptieren oder Geld zu spenden für den Fall, daß die Mutter beide Kinder behält, sah man die Voraussetzung für eine soziale Notlagenindikation gegeben. Ein Gynäkologe übernahm es, eines der Kinder durch eine unter Ultraschallkontrolle mitten ins Herz gesetzte Salzinjektion zu töten. Die gezielte Tötung menschlichen Lebens wird durch Ausdrücke verschleiert, wie "selektiver Abort", "Mehrlingsreduktion", "Fetozid". Es geht nicht allein um die Vernichtung ungeborenen Lebens, sondern

um die Problematik der Auswahl: Wer ist Todeskandidat? Wer darf am Leben bleiben?

### 4. Die Abtötung tiefgefrorener Embryonen

Am 1. August 1996 begann in Großbritannien die Vernichtungsaktion für 3.300 menschliche Embryonen - also ungeborene Kinder. Sie waren bei der künstlichen Befruchtung unfruchtbarer Frauen als "überschüssige" Reibortenbabies übriggeblieben. Die Embryonen werden zur Vernichtung auf einem Stickstoffbad genommen, aufgetaut und in Alkohol getaucht. Das überleben sie nur wenige Minuten. Danach werden sie verbrannt. Geht man davon aus, daß menschliches Leben mit dem Augenblick der Befruchtung beginnt, ist die Abtötung tiefgefrorener Embryonen (bestehen meist nur aus vier Zellen) die Vernichtung entstandenen menschlichen Lebens. Die Abtötung sogenannter "überschüssiger" menschlicher Embryonen und die Möglichkeit, mit ihnen zu experimentieren, ist nur dann zu verhindern, wenn wenigstens alle Christen sich zu einem klaren Nein entscheiden zur Zeugung in der "Retorte" und zum Embryotransfer - und dies auch öffentlich bekunden.

aus: Zeit-Fragen, März 1997

Dr. Anita Knötgen

### Eintreten gegen Euthanasie

*Mehrere Personen und Organisationen aus der Europäischen Arbeitsgemeinschaft «Mut zur Ethik», darunter der Präsident der World Federation of Doctors who respect Human Life, der Präsident der Europäischen Ärzteaktion, der Vizepräsident des Niederländischen Ärzteverbandes und auch die Autorin dieses Artikels, haben Einspruch beim Europäischen Patentamt gegen das Euthanasiegiftpatent Nr. 516811 eingereicht: Es handle sich um eine «sittenwidrige Erfindung» und das Patent sei deshalb zu widerrufen (vgl. Zeit-Fragen vom Nov./Dez. 1996 und Februar 1997). Im Folgenden werden die Überlegungen, die hinter dem Einspruch stehen, verdeutlicht.*

### Gründe für den Widerstand gegen Euthanasie

Den Euthanasiebestrebungen liegt die Vorstellung von der grundsätzlichen Bewertbarkeit und Verfügbarkeit von Leben zugrunde. Dies ist ein Frontalangriff auf die Position der Unverletzbarkeit des Lebens.

Wenn ein Mensch seinen Tod fordert und Mitmenschen dieser Forderung nachgeben, haben diese die irrije Vorstellung, es gäbe Zustände im Leben von Menschen oder von Menschengruppen, bei denen das Weiterleben negativer zu bewerten sei als der Tod. In Holland kann man dies im Umgang mit chronisch Kranken oder depressiven Menschen verfolgen. Hier wird eine Abwertung des

Rechtes auf Leben vorgenommen, die folgeschwer ist. Das Leben wird nach seiner Qualität bewertet und eine Abwertung von Leben als «unwert» vorgenommen. Eine solche Haltung spricht dem Menschen das elementare Recht ab, nämlich das unbedingte Recht auf Leben, wenn sie Leben als «nicht mehr wert, gelebt zu werden» einstuft. Das menschliche Leben wird nicht mehr geachtet, es wird verfügbar gemacht und in seinem Kern verletzt.

Die International Anti-Euthanasia Task Force, eine vor zehn Jahren in den USA gegründete Gesellschaft, die sich gegen Euthanasiebestrebungen einsetzt, schreibt hierzu, dass Euthanasie zu einem ganz bedeutsamen Thema in der öffentlichen Debatte geworden ist. Das Ergebnis dieser Debatte wird zu grundlegenden Veränderungen in den familiären Beziehungen, der Beziehung zwischen Arzt und Patient und zu einschneidenden Veränderungen in unseren Vorstellungen von Ethik und Moral führen. Das heisst, dass die Euthanasiediskussion wie kein zweites Thema das Fundament des menschlichen Miteinanders erschüttert. Dies wird zu einer Zerrüttung und Verrohung im Zusammenleben führen.

Zahlreiche Beobachtungen zeigen, dass allein schon die Diskussionen, denen die Menschen mittels der Massenmedien ausgesetzt sind, zu schweren seelischen Verrohungen führen, wenn das Bewusstsein über die menschenverachtende Stossrichtung der Debatte und somit die innere Abwehr fehlt.

## Aus der Geschichte lernen

Solche einschneidenden Änderungen in Ethik und Moral haben bereits einmal in der deutschen Geschichte verheerende Auswirkungen gezeigt. 1947 standen die Alliierten vor der Aufgabe, über die NS-Verbrechen zu richten. Die unter den Nationalsozialisten von Ärzten unter dem euphemistischen Begriff «Euthanasie» («schöner Tod») begangenen Verbrechen überstiegen damals wie heute die menschliche Vorstellungskraft. In den Prozessen war eine Frage zu beantworten: «Wie konnte es dazu kommen, dass in einem hochzivilisierten Land, dem Land der Dichter und Denker, solche abscheulichen-Verbrechen und Grausamkeiten im Namen der «Gnade» («Gnadentod») durchgeführt wurden?»

Der amerikanische Arzt Leo Alexander führte 1949 in einem Artikel im New England Journal of Medicine aus, dass allen, die mit der Untersuchung dieser Frage befasst waren, deutlich wurde, dass diese grausamen Verbrechen «aus kleinen Anfängen erwachsen. Am Anfang standen zunächst feine Akzentverschiebungen in der Grundhaltung. Es begann mit der Auffassung, die in der Euthanasiebewegung grundlegend ist, dass es Lebenszustände gebe, die als nicht mehr lebenswert zu betrachten seien. In ihrem Frühstadium betraf diese Haltung nur die schwer und chronisch Kranken. Nach und nach wurde der Bereich jener, die unter diese Kategorie fallen, erweitert, und auch die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassistisch Unerwünschten und schliesslich alle Nichtdeutschen wurden dazugerechnet. Entscheidend ist jedoch zu erkennen, dass die Haltung gegenüber den unheilbar Kranken der unendlich kleine Auslöser war, der diesen totalen Gesinnungswandel verursachte.»

Dieser «unendlich kleine Auslöser», die fast unmerklich vollzogene «feine Akzentverschiebung» in Richtung Bewertbarkeit des Lebens ist Gegenstand der aktuellen Euthanasiedebatte. Die Geschichte lehrt uns, dass wir eine solche Debatte nicht einfach treiben lassen dürfen. Wir dürfen unsere Augen vor der geschichtlichen Parallele nicht verschliessen. Die eindringlichen Worte des amerikanischen Arztes Alexander dürfen nicht in Vergessenheit geraten.

Die Tatsache, dass das Europäische Patentamt ein Patent auf ein Giftmittel zum alleinigen Zweck der Euthanasie mit der ausdrücklichen Anwendungsmöglichkeit am Menschen (Humanapplikation) erteilt, zeigt, wie ernst die Vorstösse gegen die Unverletzbarkeit des Lebens wieder zu nehmen sind.

So war es ein Gebot der Stunde, Einspruch gegen dieses Patent einzulegen. Hiermit fordert die Europäische Arbeitsgemeinschaft «Mut zur Ethik» als eine Gemeinschaft besorgter Bürger entschieden dazu auf, Widerstand gegen Euthanasiebestrebungen zu leisten und keine Akzentverschiebung in Richtung Bewertbarkeit von Leben zuzulassen. Denn Euthanasie heisst, die Hemmschwelle herabzusetzen, einen Menschen durch einen anderen zu töten. Die Diskussion hierüber muss sehr ernst genommen werden, da es zu grausamem Missbrauch und zu einer Erosion der familiären Fürsorge gegenüber den Schwächsten und Hilfsbedürftigsten unserer Gesellschaft kommt. Euthanasie meint im Grund genommen nicht, wie man

der Öffentlichkeit glauben machen will, «daß Recht auf einen selbstbestimmten Tod», sondern das Recht zu töten. Wobei das «Recht auf einen selbstbestimmten Tod» bereits in sich ein massiver Angriff auf das Leben darstellt - eine Illusion, die in der Katastrophe münden wird. Das Beispiel Holland zeigt, dass Tausende von Menschen gegen ihren Willen getötet werden, weil Ärzte ihr Leben nicht mehr als lebenswert erachten. Karel F. Gunning berichtete am IV. Kongreß «Mut zur Ethik» 1996: «Das neue Gesetz ermöglicht es dem Arzt, auch einen Patienten straffrei zu töten, der gar nicht getötet werden will.» In einem Bericht an den Leichenbeschauer hält der Arzt die Todesumstände fest. «Auch wenn der Patient nicht getötet werden wollte, kann er [der Arzt, Anm. d. Verf.] in den meisten Fällen schreiben, was er will, weil der Kronzeuge, der Patient selbst, schon tot ist und nicht mehr verneinen kann, was der Arzt geschrieben hat.»

Euthanasie bleibt ein Verstoß gegen das ungeschriebene - und als Menschenrecht wohlbemerkt unveräusserliche - Recht auf Leben. Der Einspruch der Personen der Europäischen Arbeitsgemeinschaft «Mut zur Ethik» legt unmissverständlich dar, dass Euthanasie «gegen die den Menschenrechten und der Sittlichkeit verpflichtete Rechts- und Sozialmoral der europäischen Kulturstaaten verstösst». Selbst eine gesetzliche Verankerung der Euthanasie würde an der Sittenwidrigkeit nichts ändern, da sie gegen ungeschriebenes Recht (vgl. Art. 20 deutsches Grundgesetz verstösst. Unter Bezugnahme auf die Verurteilung von NS-Straftätern und der DDR Mauerschützen wird dargelegt, dass trotz des legalen Rahmens, in dem die begangenen Verbrechen durchgeführt wurden, diese eine eklatanten Verstoß «gegen die ungeschriebenen Gesetze der Menschlichkeit» darstellen. Der Schutz des menschlichen Lebens ist die unverzichtbare Grundlage für die Wahrnehmung aller anderen Menschen- und Bürgerrechte. Ohne dieses absolute Recht auf Leben kann es kein geordnetes gesellschaftliches Miteinander geben.

Die Geschichte lehrt uns, dass Einstufung von Leben als «lebensunwert» in die Barbarei mündet. Genau jene feine Akzentverschiebung, die am Anfang der Barbarei steht, darf nicht zugelassen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Einspruch zu verstehen.

\* \* \*

**Hinweis:**

## **Internationaler Kongreß**

### **Mut zur Ethik**

vom 5. bis 7. September 1997  
in Feldkirch

nähere Informationen und Anmeldungen bitte bei:  
Kongreßbüro «Mut zur Ethik»  
c/o VPM Zürich  
Postfach 756  
CH - 8044 Zürich

Tel.: 0041-1-261 64 05  
Fax.: 0041-1-261 05 61

Heike Schmoll

## Wenn die Scham verlorengeht

Getaktet wird im öffentlich-rechtlichen Fernsehen schon seit über zwanzig Jahren. Aber vor einiger Zeit heulte das Fernsehvolk im Wohnzimmeressel noch auf, als ein renommierter Gast in einer Talkshow seine Selbstbefriedigung vorführte. Nicht, daß damals der Geschmack der Zuschauer besser gewesen wäre. Vielmehr sind inzwischen die Schamgrenzen aller Beteiligten gesunken. In welchen Kanal auch immer der nachmittägliche oder abendliche Zuschauer sich zapft, er wird überschüttet mit Nachrichten aus dem sexuellen Leben seiner lieben Mitmenschen. Unweigerlich stößt er auf den Bekenntnisdrang der Talkshow-Teilnehmer, die offenbar darin Trost finden, daß sie in ihrem ganzen Elend wenigstens für ein paar Minuten interessant gewesen sind.

Häufig entstehen Situationen, in denen die Eitelkeit siegt und ein Gast sein Intimstes nach außen kehrt, sich der Demütigungen des geschickt fragenden Moderators nicht mehr erwehren kann und schon gar nicht wagt, den einzigen Satz auszusprechen, der ihn aus dieser selbstverschuldet mißlichen Lage befreien könnte: daß das schließlich alles niemanden etwas angehe.

Statt dessen lassen sich die Teilnehmer von Moderatoren verführen, die ihnen vorgaukeln, daß eine derart entwürdigende Selbstentblößung irgendwie eine heilsame oder befreiende Wirkung haben könnte. Wer kann sich schon dieser Verlockung entziehen, wenn sie auch noch mit pastoralem Pathos daherkommt? Offenbar sind Teilnehmer wie Zuschauer auf der Suche nach Orientierung und seelsorgerlichen Angeboten, die sie nicht mehr in der Kirche und auch nicht auf der Couch eines Therapeuten finden wollen. Erst wenn der Rausch des Auftritts verflogen ist, wird so manchem klar, wie lächerlich er in der Öffentlichkeit gemacht wurde. Es folgt nicht selten eine tiefe Depression.

In Wirklichkeit dient der Seelen-Striptease freilich nur der Einschaltquote. Und Millionen von Seelen-Voyeuren können doch nicht einfach irren, heißt die banale "Beweis"-Formel. Sie spiegeln ihr eigenes Erleben in dem der Talkshow-Gäste. Sie sind von der Zuschauertribüne in die Arena der Beteiligten gelangt, denn endlich gibt es das Fernsehen der Zuschauer.

Den deutschen Fernsehkonsumenten werden gegenwärtig mehr als sechzig Talkshows mit wöchentlich über 130 Stunden Fernseh-Talk geboten. Hinzu kommen 30 Stunden amerikanische Talkshows auf den Kabelkanälen. Bei den Nachmittags- und abendlichen Sendungen geht es vor allem um Partnerschaft und Familie, das am zweithäufigsten behandelte Thema ist das der Sexualität, dann kommen Gesundheit und Lebenshilfe, Schicksalsschläge, Esoterik und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz.

Gewiß ist es richtig, daß der Fernseh-Talk einsame Menschen am Leben anderer teilnehmen läßt,

aber es ist eben keine direkte Teilhabe im Sinne eines Mitfühlens irgendeiner noch so schwachen Sympathie, sondern ein achselzuckendes "Was es nicht so alles gibt".

Je weniger das Gerede mit dem angekündigten Thema zu tun hat, desto größer ist die Zielgruppe, desto sicherer erfüllt sich die Quote. Wirkliches Verständnis oder gar Toleranz werden nicht geweckt. Andere Anschauungen werden nach dem Zufallsprinzip bewertet oder abgewertet. Es geht nur vordergründig um Themen und Probleme. Je mehr die Darsteller überzeugen, desto unwichtiger werden die Inhalte. Jeder inszeniert sich selbst, und niemand hört auf den andern. "Schön, daß wir drüber geredet haben. Passen Sie gut auf sich auf. Morgen sehen wir uns wieder", pflegt Pastor Fliege dann zu sagen und erteilt auf diese Weise seinen leeren Fernsehsegen.

Daß in der medialen Liebeskultur ständiger Geständniszwang herrscht, hat schon der französische Philosoph Michel Foucault beobachtet. Dem Exhibitionismus auf der einen Seite entspricht ein grenzenloser Voyeurismus auf der anderen Seite. Mit kulturkritischer Larmoyanz ist beiden Phänomenen nicht näherzukommen, zumal auch die Kritik daran immer wieder beim Fernsehen endet.

Moderne Gesellschaften scheinen zunehmend die alte bürgerliche Unterscheidung von privat und öffentlich aufzuheben. Diese Tyrannei medial inszenierter Intimität mag man beklagen, billiger Moralismus hilft jedoch nicht. In der Talkshow werden alle sozialen und gesellschaftlichen Ereignisse zu einem privaten Erlebnis. Leute, die früher beim Kaffeeklatsch der Nachbarin, am Gartenzaun oder im Tante-Emma-Laden über andere herzogen, sitzen jetzt auf den Plüschsofas der Talkshows.

Sie pflegen dort nicht etwa den öffentlichen Meinungsaustausch mündiger Bürger. Denn nur die allerwenigsten Showteilnehmer sind imstande, die Regie des Talkmasters zu durchbrechen. Den meisten scheint nichts als die blinde Unterwerfung zu bleiben. Denn schließlich geht es in erster Linie um den Talkmaster selbst, der die Gäste für seine Zwecke instrumentalisiert. Die Geladenen beteiligen sich an dem Wettbewerb, wer die intimsten Geheimnisse am geschicktesten öffentlich macht.

Die mediale Beichte unterliegt keiner Sozialkontrolle und wird auch sonst nicht kritisiert. Sie wird bewundert und bekatscht und nicht etwa mit unbequemen Ratschlägen beantwortet. In der scheinbaren Toleranz der Fernseh-Talk-Gesellschaft spiegelt sich nichts anderes als abgrundtiefe Gleichgültigkeit. Aufgelöst ist die Spannung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zwischen Wahrheit und Lüge und daher auch die Grenze zwischen Öffentlichem und Privatem. Scham ist ein altertümliches Wort. Sie diente einst dem Schutz vor Übergriffen auf das eigene Innenleben. Ist mit dem Wort auch der Schutz verschwunden?

## Entscheidungsfreiheit - aber nicht zum Töten!

### Die unendliche Geschichte der kirchlichen Beratung

Pressemittteilung der Aktion Leben e.V.

Abtsteinach. Nicht verwundert war die Aktion Leben e.V. über das Ergebnis der römischen Gespräche einer Delegation von fünf deutschen Bischöfen mit der Glaubenskongregation. Thema der Konsultation war die deutsche Situation bezüglich der von der katholischen Kirche unterhaltenen, staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen.

Im Vorfeld dieser Gespräche waren - im Sinne der Mehrheit der deutschen Bischöfe - zweckoptimistische Stellungnahmen in katholischen Publikationen verbreitet worden. Darin wurde der Eindruck vermittelt, daß es in diesem seit 20 Jahren schwelenden Konflikt nun keinerlei Differenzen mehr gebe. Man habe die deutsche Position verstanden und endlich eingelenkt.

"Moraltheologische Probleme - die eine KNA-Stellungnahme mit der "Quadratur des Kreises" verglichen - werden einfach als nachrangig angesehen", so Walter Ramm, Vorsitzender der Aktion Leben e.V.. Genau das aber sei der entscheidende Punkt des Konfliktes. Hier gehe es, so Ramm, um die Wahrheit und um die Glaubwürdigkeit der katholischen Kirche in Deutschland. Man habe z.B. ganz offiziell die Letztentscheidung der Frau über das Leben ihres Kindes akzeptiert. Gleichzeitig habe man aber in div. Stellungnahmen immer wieder betont, daß menschliches Leben von Anfang an existiere und es keinen Unterschied zwischen un-

geborenem menschlichem Leben gäbe. Ramm: "Es ist z.B. unvorstellbar, daß man Eltern das Recht einräumt, ein bereits geborenes Kind zu töten. Dagegen gesteht man aber einer schwangere Frau - die oft in einer verzweifelten Situation ist - zu, sich auch für die Tötung ihres noch nicht geborenen Kindes entscheiden zu können und spricht dann auch noch von einer freien Gewissensentscheidung". Die Aktion Leben e.V. vertritt die Auffassung, daß gerade die zwanzigjährige Verstrickung den Widerstand gegen die Tötung durch Abtreibung und gegen das gottlose Gesetz in der Praxis fast völlig zusammenbrechen ließ. Hier könne man genügend Beispiele anführen. Noch vor 5 oder 10 Jahren, habe das Argument der "Entscheidungsfreiheit" im Gegensatz zu heute kaum eine Bedeutung gehabt. Es sei von den Abtreibungsbefürwortern klug gewesen, die "Entscheidungsfreiheit" für die Abtreibung einzuspannen, und dahinter den Massenmord an kleinen Kindern zu verbergen. Man könne so unter dem Vorwand einer an sich guten Idee über das Grauen, das sich dahinter verbirgt, hinwegtäuschen. Die Kirche in Deutschland sei auf die Schlagkraft dieses Slogans, der rein psychologisch, aber nicht moralisch sei, hereingefallen. Gerade diese Art von "Selbstverwirklichung" habe viele Menschen Gott, der Religion und der Kirche entfremdet. Ramm: "Man kann nicht auf Dauer im "Vater Unser" beten "Dein Wille geschehe", aber in zentralen Fragen des Lebens diametral entgegen handeln. Die Aktion Leben e.V. sagt JA zu den legitimen Rechten für die Frau, aber ein entschiedenes NEIN zu dem anmaßenden Recht, ihr Kind zu töten".

---

aus: Welt am Sonntag, 19. März 1995

## Krebsmedikament (6 Dollar) - für Abtreibung?

Von RIDGELY OCHS, Los Angeles

Ein Medikament, das in Amerika und Europa seit 41 Jahren erfolgreich in der Krebstherapie eingesetzt wird, ist jetzt wegen einer besonderen "Nebenwirkung" in die Schlagzeilen geraten: Wie Studien ergaben, eignet es sich als Mittel zum Schwangerschaftsabbruch bis zur achten Schwangerschaftswoche.

"Methotrexat", so heißt das Mittel, greift schnell wachsende Zellen an. Es wird in Verbindung mit "Misoprostol" gegeben, eigentlich ein Mittel gegen Magen-Darm-Geschwüre, das als Nebenwirkung Kontraktionen der Gebärmutter auslöst und zur Abstoßung des Embryos führt.

Der New Yorker Gynäkologe Dr. Reinhard Hausknecht gibt an, bereits 126 Abtreibungen mit dieser Medikamentenkombination durchgeführt zu haben. Inzwischen erteilte ihm das Gesundheitsministerium die Genehmigung für eine landesweite Studie mit 2000 Frauen. Bei einer anderen Studie, die kürzlich im Fachmagazin "Journal of the American Medical Association" veröffentlicht wurde, stellte Dr. Mitchell Creinin, Wissenschaftler aus Pittsburgh, fest, daß die Kombination bei 90 Prozent

der Frauen zum gewünschten Schwangerschaftsabbruch führte. Die Nebenwirkungen seien gering gewesen.

Kritiker wenden ein, daß die wirklich gefährlichen Nebenwirkungen sozialer und politischer Natur seien. Durch die neue Behandlung werde Abtreibung erleichtert. Bisher, so argumentieren sie, finden Abtreibungen in der Regel operativ und in Kliniken statt. Massive Proteste von Abtreibungsgegnern - die in Einzelfällen auch vor Mord nicht zurückschreckten - hätten Ärzte und Patientinnen zumindest verunsichert.

Für die französische Abtreibungspille RU-486 werden die Studien in den USA zwar voraussichtlich in diesem Sommer abgeschlossen sein. Fraglich ist gleichwohl, ob die Pille auf den Markt kommt. Der Druck der Anti-Abtreibungsbewegung sei groß; bisher habe sich noch kein Vertreter für das Mittel gefunden, so Sandra Waldman, Sprecherin des Komitees, das die Versuche fördert.

Die neue Medikamentenkombination kostet zirka sechs Dollar. Hinzu kommen Arzt- und Klinikkosten. Dr. Eric Schaff, Professor für Kinderheilkunde an der University of Rochester, New York, befürwortet die Behandlung: Die Tatsache, daß jeder Hausarzt das Präparat verschreiben dürfe, ver helfe den Frauen zu jenem Maß an Intimsphäre, das sie allzuoft entbehren müssen, wenn sie sich - an den Reihen der Abtreibungsgegner vorbei - in eine Abtreibungsklinik begeben.

**Christa Meves**

## Die sanfte Verführung zum Herdentrieb

### Das Welteinheitsreich des Gleichgeschalteten hat sich bereits konstituiert

Es ist ein merkwürdiges Phänomen: Unter der eindrücklichen Erfahrung der Menschenunwürdigkeit diktatorischer Systeme hat unsere Zeit den Gleichschritt abgeschafft. "Jedem das Seine", lautet das Motto der Zeit, jedem soll das größtmögliche Maß an Freiheit ermöglicht werden. Gleichzeitig hat sich in unseren Zeitgeist aber ein Trend zur Uniformität eingeschlichen.

Das wird zum Beispiel bei den Meldungen der Medien deutlich: Welchen Kanal man auch wählt - den ganzen Tag lang strahlen die Fernsehsender ähnliche Berichte aus - schweigen sich aber über andere Neuigkeiten aus. Nicht nur in Kaufhäusern ist das Angebotene wie nach stiller Übereinkunft gleichförmig - sogar in Buchhandlungen werden die gleichen Werke ausgelegt, und wenn man nicht um andere namhafte Publikationen wüßte, blieben sie - da sie in den Auslagen fehlen - völlig unbekannt.

Daraus ergibt sich nicht nur ein Trend im Angebotenen, viele Menschen passen sich, ohne es zu merken, dem Geist der Gleichförmigkeit an. Oft werden auf Partys gleiche Meinungen bis zur Langeweile wiederholt: Da gibt es Klischees, die - in Wirklichkeit ebenso falsch wie überholt - regelmäßig mit Überzeugungskraft vorgetragen werden und Beifall ernten - etwa die Devise von der Gleichheit der Geschlechter oder der Selbstbestimmung der Frau über ihren Bauch.

Das Bedenkliche läßt sich allerdings mehr noch an den Informationen ablesen, die hartnäckig verschwiegen werden. So wurde Anfang November einer Fernsehnachricht im Bundestag zufolge eine Änderung der Erbschaftssteuer als einziges Ergebnis einer tagelangen Debatte beschlossen. Mehr als diese unisono vorgetragene plakative Nachricht ging nicht durch. Immer wieder widersetzen sich einzelne dieser Gleichschaltung. So hat kürzlich ein junger Mann Strafantrag gegen Pro Familia wegen Verbreitung pornographischer Materials gestellt. Prompt wurde er in Fernsehsendungen lächerlich gemacht. Auch Vertreter der katholischen Kirche, die auf diesem Sektor ein wahres Wort wagen, werden Opfer der Medienhetze.

Bilden sich Vereine oder Publikationsorgane, die sich der Gleichschaltung widersetzen wollen, werden sie rasch als "unseriös", "unwissenschaftlich", "stillos" abgestempelt, oft sogar am Vertrieb ihrer Erzeugnisse gehindert. Sind diese Produkte von Käufern abhängig, so geht ihnen bald die Puste aus, mögen sie auch über sonst Verschwiegenes wahrheitsgemäß informieren.

Damit zeigt skurrilerweise unsere "freie Welt" Züge einer globalen Diktatur - mitten in einer Ära, die es sich zum Ziel gesetzt hat, durch möglichst viel Demokratie und Liberalität dem Machtanspruch herrschsüchtiger Einzeller oder Kasten ein für allemal abzuschaffen. Das ist absurd und müßte

dringend ins Bewußtsein mindestens der Journalisten, deren Stand grundsätzlich mit empfindlicher Attitüde auf Freiheit setzt. Aber gerade unter ihnen wagen nur noch wenige aus der Reihe zu tanzen. Wohin entwickelt sich der Mensch im Geiste dieser von Denkverböten umgebenen Einengung? Erzeugt diese Gleichschaltung nicht eine ameisenhafte Mentalität? Und wird nicht auch der Computer diese Abschaffung menschlicher schöpferischer Eigenart auf Dauer in beängstigender Weise unterstützen? Was ist das noch für ein Wesen, das am Tage vor einem viereckigen Kasten Knöpfe drückt, der ihm Gleichgeschaltetes vermittelt, und dieses Rechteck am Abend mit einem anderen Kasten vertauscht, der ebenfalls merkwürdig gleichgeschaltet auf Dauer unendlich einförmige Unterhaltung bietet, die diesen Begriff in all ihrer Langweiligkeit - von Ausnahmen abgesehen - oft gar nicht mehr verdient?

Alle stehen in der Gefahr, die Stärke des allgemeinen Herdentriebs zu unterschätzen. Auf dem gleichen Ton zu blöken, erzeugt unreflektiert bei vielen ein bedenklich gutes Gefühl, nämlich richtig zu liegen, und das heißt: in Ordnung zu sein. Gleichförmigkeit lullt ein, weil die Seele sich berechtigterweise durch den Gleichklang mit der Gruppe beschützt fühlt. Aber das macht den Menschen manipulierbar, das schaltet echte Kritik über die Richtigkeit des Vorgekauften aus, ja, es beschneidet nicht nur die Freiheit eines Menschen, es mindert auch seine Persönlichkeit.

Wer es sich bewußt macht, was sich hier anbahnt, sollte zumindest dieser massiven Manipulation Widerstand entgegensetzen, allein schon, um nicht Schaden an seiner Seele zu nehmen, denn in diesem Strom unnachdenklich mitzuschwimmen, läßt jeden in Gefahr geraten, zu einem fühllosen Rädchen im Getriebe zu verkommen. Mindestens in der Freizeit sollte man dem Knöpfedrücken entfliehen, denn neben dem Nachahmungstrieb wird auch der Hang zur Gewohnheit zu einer weiteren Gefahr der Entpersönlichung. Mag das Welteinheitsreich des Gleichgeschalteten auf den besten Wegen sein, sich zu konstituieren - der wirklich Freie wird stets daran zu erkennen sein, daß er der schleichenden Infiltration den Entschluß zu kritischer Distanz entgegensetzt.

\* \* \*

Wir sind da, Gottes Willen zu tun. Ich bin berufen, etwas zu tun oder zu sein, wofür kein anderer berufen ist; ich habe einen Platz in Gottes Ratschluß, auf Gottes Erde, den kein anderer hat. Er hat ein bestimmtes Werk an mich übertragen und an keinen anderen. Ich habe meine eigene Aufgabe, meine ureigene Sendung.

Kardinal Newman

## Vergessen Sie nicht!

**Die EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION ist auf Ihre Spende und Mitgliedsbeiträge angewiesen!**  
**Jeder Betrag, den Sie uns überweisen, hilft uns, den Kampf für das Leben wirkungsvoller zu führen.**

**Postbank Stuttgart Konto Nr.: 136 89-701 (BLZ 600 100 70)**  
**Sparkasse Ulm Konto Nr.: 123 509 (BLZ 630 500 00)**

### Beitrittserklärung

Der / die Unterzeichnete erklärt seinen / ihren Beitritt zur EUROPÄISCHEN ÄRZTEAKTION und bittet um laufende Zusendung des Informationsmaterials und der Publikationen.

Name:.....

Vorname:.....

Geburtstag:.....

Beruf:.....

Wohnort:.....

Wir bitten unsere Mitglieder und Freunde in Anbetracht der immer wachsenden Aufgaben und Kosten, weitere Mitglieder zu werben, um die Last auf mehr Schultern zu verteilen.

Straße:.....

Tel. Nr.:.....

Ich erkläre mich bereit einen Mitgliedsbeitrag von 10 DM monatlich (120.- DM jährlich) zu entrichten.

Unterschrift:.....

Der Bezugspreis von "Medizin und Ideologie" ist bei Mitgliedern im Mitgliedsbeitrag enthalten.

### Medienliste:

#### Bücher:

**van den Aardweg, Dr. Gerard J.M.**  
Das Drama des gewöhnl. Homosexuellen 29.95 DM  
Selbsttherapie von Homosexualität 19.95 DM  
**Beckmann, Rainer:**  
Abtreibung in der Diskussion 14.80 DM  
**Blechschildt, Prof. Dr. Erich:**  
Das Wunder des Kleinen 6.50 DM  
Wie beginnt das menschliche Leben 13.50 DM  
Die Erhaltung der Individualität  
*Restposten!* 5.00 DM  
**Ernst, Dr. med. Siegfried:**  
Dein ist das Reich 20.00 DM  
engl. 8.00 DM  
russisch 8.00 DM  
**Sprechende Steine, lebendiges Glas,**  
**Vermächtnis aus Holz, 4 farbig** 49.50 DM  
**Esser, Ruth**  
Der Arzt im Abtreibungsstraftrecht 30.00 DM  
**Europäische Ärzteaktion:**  
Alarm um die Abtreibung 25.00 DM  
**Gassmann, Lothar:**  
Abtreiben? 12.00 DM  
**Götz, Dr. med. Georg:**  
Ehe und Familie heute 9.80 DM

**Häußler, Dr. med. Alfred:**  
Das Zeichen des Widerspruchs  
*Sonderpreis!* 2.00 DM  
**Jacquinet, Cl.:**  
Handel mit ungeborenem Leben 26.80 DM  
**Kreybig, Th. v.:**  
Ein gesundes Baby 19.80 DM  
Entstehung von Mißbildungen 2.00 DM  
**Kuhn, Prof. Dr. Wolfgang:**  
Zwischen Tier und Engel 18.00 DM  
**Lackmann, Pfr. Max :**  
Ein Mann schreit 6.00 DM  
**Nathanson, Dr. Bernhard N.**  
Die Hand Gottes 33.80 DM  
**Neuer, Dr. Werner:**  
Mann und Frau in christlicher Sicht 19.50 DM  
**Rösler MdL, Roland:**  
Der Menschen Zahl 14.80 DM  
Rohstoff Mensch 18.00 DM  
**Rötzer, Prof. Dr. med. Josef:**  
Natürliche Empfängnisregelung 24.00 DM  
**Siegmund, Prof. Georg:**  
Sein oder Nichtsein 20.00 DM  
**Silvio, Flavio d.:**  
Das Ding 5.00 DM  
**Simpfendörfer, Karl:**  
Verlust der Liebe 19.80 DM  
**Thürkauf, Prof. Dr. Max:**  
Christuswärts 14.00 DM  
Die Gottesanbeterin 14.00 DM

<b>Willke MD.,J.C.:</b>		
Abtreibung-die fragw. Entscheidung	14.50	DM
<b>World Federat.:</b>		
Vortr. Weltkongreß Medizin u. Ideologie	5.00	DM
<b>v. Straelen, Henry:</b>		
Abtreibung die große Entscheidung	10.00	DM

## Vorträge:

als:

Kassetten (falls erschienen): Preis in *Kursivdruck*

Druck (falls erschienen): Preis in Normaldruck

### Backhaus, Elisabeth:

Mitschuldig? 5.00 DM

### Berger, Dr.med. Heribert:

Die Problematik der Amniozentese aus der Sicht eines Pädiaters 8.00 1.00 DM

Euthanasie als Bedrohung des Menschen 8.00 1.00 DM

Die Abtreibung aus der Sicht des Kinderarztes 2.00 DM

### Bossle, Prof. Dr. Lothar:

Das Gesundheitswesen vor dem Sozialisierungstod 5.00 2.00 DM

### Büchner, Bernward

Lebensrecht unter Gewissensvorbehalt 1.50 DM

### v. Coelln, Herm.

Schule, Grundgesetz und Elternhaus 1.00 DM

### Does de Willebols, Alex. v.d.:

Beherrschte u. integrierte Sexualität 2.00 DM

### Dollinger, Dr. Ingo

Medizinische Wissenschaft und Moralthologie 8.00 2.00 DM

### Ehmann, Dr.med. Rudolf

Probleme der Geburtenregelung ab 50 Stk. 5.00 3.00 DM  
2.50 DM

### Ernst, Dr.med. Siegfried

neu: Gegen die progressive Sexparalyse Europas 5.00 DM

Bescheinigungsbüro oder Rat und Hilfe 3.00 DM

Denkschrift gegen gespaltenes Denken 3.00 DM

Evangelische Gedanken zur Frage des Petrusamtes 5.00 DM

Sexualaufklärung oder Geschlechtserziehung 16.00 1.00 DM

Südafrika und die Menschenrechte 0.20 DM

Student im Dritten Reich, Faust IV. Teil als Radioaufführung 8.00 5.00 DM

eigens gesprochene Ergänzung hierzu 8.00

Wissenschaft von gestern als ideologischer Irrtum von heute 2.00 DM

russisch 3.00 DM

SOS Südafrika (Hör Dokument) 5.00 DM

Die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens 5.00 DM

Ulmer Denkschrift 1.50 DM

Ist die Sexualethik der Päpste zeitgemäß? 3.00 DM

### Europäische Ärzteaktion:

Tatsachen über "Pro Familia" e.V. 1.00 DM

### Furch, Dr.med. Magdalene:

Über die psychischen Folgen der Abtreibung 5.00 2.00 DM

### Furch, Dr.med. Wolfgang

Abtreibung und ärztlicher Heil Auftrag-die Konfliktsituation des Arztes 5.00 2.50 DM

### Geier, Erna M.

Die politische Diskussion um die Abtreibungspraxis in der BRD muß neu entfacht werden 8.00 2.00 DM

### Götz, Dr.med. Georg

Ärztliche Gedanken zum Leitthema über die Situation in d. BRD 8.00 3.00 DM

Götz/Norris Amniozentese oder die moderne Selektion 8.00 2.00 DM

### Gunning, Dr.med. Karel

Die Komplementarität von Naturwissenschaft, Glauben 5.00 2.00 DM

Die Euthanasie in Holland -

Das absichtliche Töten 8.00 2.00 DM

### Günthör OSB, Prof. Dr. P. Anselm

Die Rolle der Moralthologie im geistig-sittlichen Niedergang Europas 8.00 3.00 DM

### Habsburg MdEP, Otto von

Bekenntnis zu Menschenwürde, Leben und Zukunft Europas 8.00 1.00 DM

### Häußler, Dr.med. Alfred

Die natürliche Familienplanung 2.00 DM

Die Kontrazeption und ihre Folgen für die Gesellschaft 8.00 2.00 DM

Die Pille, das Unheil des 20. Jahrhunderts 5.00 DM

Die Selbstzerstörung Europas 2.00 DM

### Hoeres, Prof. Dr. Walter

Der Einzelne oder das größte Glück der größten Zahl 8.00 2.00 DM

### Holzgartner, Hartwig

Die politische und soziale Lage im Abtreibungsumfeld 8.00 1.00 DM

### Hummel, Dr.med. Siegfried

Abtreibung in der DDR 1.50 DM

### Jacob, Prof. Dr.med. Ruthard

Gedanken zur Problematik der Abtreibungen... 8.00 2.00 DM

### Kägi, Werner

Die Gefährdung der rechtlichen Grundlagen Europas 8.00 2.00 DM

### Kongr.f.d.kath.

Orientierung zur Erziehung in der menschlichen Liebe 7.50 DM

### Kreybig, Dr.med. Thomas von

Hormone und Schwangerschaft 0.20 DM

Verhütung angeborener Behinderungen 3.00 DM

Die Wirkung eines Östrogen/Gestagen

Präparates auf die vorgeburtliche

Entwicklung der Ratte 0.20 DM

### Lubczyk, Prof. Hans

Das Lebensrecht jedes Menschen in der Bibel 2.00 DM

### Maier, Pater Otto SJM

Katholische Moralthologie in Deutschland ein offenkundiges Desaster 8.00 2.00 DM

Das Ende einer Epoche fordert einen neuen Denkansatz 5.00 2.50 DM

### Motschmann, Elisabeth

Sind wir auf dem Weg in eine mutterlose Gesellschaft? 8.00 2.00 DM

### Neuer, Dr. Werner:

idea Dokument. "Pro familia"/Christen für das Leben 8.00 DM

idea Dokument. "Chemischer Krieg" gegen Kinder? 4.80 DM

### Papsthart, Alexander

Zur rechtlichen Frage im Abtreibungsumfeld 8.00 1.00 DM

Das Abtreibungsrecht im "Vereinigten Deutschland" 2.00 DM

### Philberth, Karl:

Im Anfang schuf Gott Himmel und Erde 5.00 1.50 DM

<b>Philipp, Wolfgang:</b>		
Abtreibung als öffentlich rechtliche Kassenleistung		2.00 DM
Die Finanzierung der Abtreibungen durch die Krankenkassen.		2.00 DM
<b>Ramm, Walter:</b>		
Familienplanung in der Bundesrepublik	5.00	2.00 DM
<b>Rösler, Roland:</b>		
Betrachtungen zur Herrschaft durch Bevölkerungskontrolle	5.00	2.50 DM
<b>Rötzer, Prof. Dr.med. Josef:</b>		
Die verantwortliche Weitergabe des Lebens in medizinisch-anthropologischer Sicht	2 x 8.00	6.00 DM
<b>Russischer Priester:</b>		
Über die Glaubenssituation in der UdSSR	8.00	
<b>Schmidt, Prof.Dr.med. Magnus:</b>		
Abortus und Euthanasie		2.00 DM
<b>Schneider, Prof.Dr. Hermann</b>		
Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) Kairo		1.50 DM
<b>Schöttler, Prof.Dr. Rudolf</b>		
Menschenrechte für jeden oder "Sterbehilfe" von Anfang bis zum Ende?		
Eine liberale Antwort		5.40 DM
<b>Serretti, Massimo</b>		
Die Natur der menschlichen Person		2.00 DM
<b>Stahelin, Prof.Dr. Balthasar:</b>		
Vom naturwissenschaftlichen und vom christlichen Menschenbild		2.00 DM
<b>Straaten, P. Weerenfried van:</b>		
Predigt aus der Abschlussfeier in St. Ulrich	3.00 DM	
<b>Süßmuth, Prof. Dr. Roland</b>		
AIDS - Mehr als eine Herausforderung an die moderne Sozietät	5.00	3.50 DM
<b>Thürkauf, Prof.Dr. Max</b>		
Darf die Wissenschaft tun was sie kann?	8.00	2.00 DM
Erben des ewigen Lebens		2.00 DM
Endzeit des Marxismus	5.00	2.50 DM
<b>Trembley, E.:</b>		
Die Affaere Rockefeller		5.00 DM
<b>Vilmar, Dr.med. Carsten</b>		
Bekenntnis zu Menschenwürde, Leben...	8.00	2.00 DM
<b>Waldstein, Prof.Dr.jur. Wolfgang</b>		
Lebensschutz und Rechtsstaatlichkeit	8.00	3.00 DM
<b>Werner MdB, Herbert</b>		
Bestandsaufnahme		2.00 DM
<b>Westphalen, Johanna Gräfin von:</b>		
Abtreibungsfreigabe - Hilfe für Frauen oder..	5.00	2.00 DM
<b>Willke, J.&amp;E.</b>		
Der Kampf um die geistig moralischen Grundlagen der USA	8.00	2.00 DM

Postvertriebsstück - Entgelt bezahlt - E 13915  
Europäische Ärzteaktion, Postf. 1123, 89001 Ulm

## Flugblätter:

Abtreibung aus der Sicht eines Mediziners		0.10 DM
ab 1000 Stk		0.07 DM
Bevor Sie eine Abtreibung erwägen		0.10 DM
ab 1000 Stk		0.08 DM
Das sollte Sie nachdenklich machen		0.05 DM
ab 1000 Stk.		0.04 DM
Der tödliche Betrug		0.50 DM
ab 250 Stk		0.30 DM
Der Irrtum Haeckels		0.50 DM
ab 400 Stk.		0.30 DM
Die Pille: "Das Ei des Kolumbus"- oder eine Zeitbombe		0.10 DM
ab 1000 Stk.		0.08 DM
Ergebnis einer aussichtslosen Notlage		0.50 DM
ab 100 Stk.		0.40 DM
Für Lebensrecht und Zukunft Europas!		0.50 DM
Gesundheitliche Folgen eines Schwangerschaftsabbruches		0.15 DM
ab 1000 Stk.		0.10 DM
Leben oder Tod zur Zeit vergriffen		
Von A - Z unwahr		0.30 DM
ab 650 Stk		0.20 DM
Was ist Mord?		0.15 DM
ab 1000 Stk		0.12 DM

## Verschiedenes:

Videokassette "Der stumme Schrei"		98.00 DM
Videokassette "Die frühen Phasen der menschlichen Entwicklung"		160.00 DM
Ton/Diaserie "Mensch von Anfang an"		75.00 DM
Video oder Ton/Diaserie leihweise		10.00 DM
Füßchen Anstecknadel gold oder silber		2.00 DM
ab 100 Stk.		1.80 DM
Nur für Mitglieder:		
Emaillenschild "World Federation of Doctors who respect..."		30.00 DM
Aufkleber "World Federation of Doctors who respect..."		1.00 DM
VHS Videocassette Ernst:		
Ist Gott ein Konsumartikel?		60.00 DM
Sexualaufklärung od. Geschlechterziehung		60.00 DM

**Impressum:** Herausgeber, Redaktion und Vertrieb: **EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION** in den deutschsprachigen Ländern e.V., Postfach 1123, 89001 Ulm  
Tel.: 0731/722933 Fax.: 0731/724237  
Postbank Stuttgart 136 89-701, Sparkasse Ulm 123 509  
Verantwortlich für den Inhalt: Dr.med. Alfred Häußler, Neckarsulm  
Satz: Europäische Ärzteaktion, Ulm  
Druck: INGRA - Werbung, Lindau  
gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier