

**SUIZIDALITÄT IM ALTER: INDIVIDUELLES SCHICKSAL UND SOZIALES PHÄNOMEN**

Martina HIRZEL-WILLE

*Verlag Peter Lang, Bern 2002*

*235 Seiten*

*ISBN 3-906767-83-3*

Es handelt sich um eine vergleichende Literaturstudie (mit über 350 Referenzen) zur Frage des Suizids im Allgemeinen wie des Alterssuizids im Besonderen, für welche die Autorin den Vontobelpreis für herausragende gerontologische Arbeiten erhalten hat.

„Mit dem quantitativen Zuwachs der betagten und hochbetagten Menschen in der Bevölkerung werden Altersfragen zu dringenden Anliegen unserer Gesellschaft, so auch die Probleme um Suizid und selbstschädigende Verhaltensweisen alter Menschen. Ungeachtet dessen finden aber Alterssuizide weder in der Öffentlichkeit noch in der wissenschaftlichen Forschung genügend Beachtung. Denn, im Gegensatz zu jüngeren Altersstufen, scheint der Alterssuizid am ehesten nachvollziehbar, wird am gelassensten hingenommen und am häufigsten gerechtfertigt.“ Dieser Tatbestand bildet, mit den Worten von HIRZEL-WILLE, das Rationale der vorliegenden Studie.

Die Lebensphase Alter (jenseits des 65. Lebensjahres) steht im Spannungsfeld von Bewältigung, die Alter zur Vollendung des Lebens werden lässt, und Verzweiflung, die Alter als Zerstörung des Lebens sieht. Die Frage Bewältigung oder Verzweiflung ist in erster Linie eine zutiefst persönliche, in zweiter Linie aber von einer Vielzahl von Umständen abhängig.

Der Autorin gelingt es, diese Vielschichtigkeit deutlich zu machen, aber auch die fließenden Übergänge aufzuzeigen, welche den Alterssuizid in den Augen der Betroffenen zuweilen als positive Strategie der Bewältigung, der Befreiung oder der Mitwirkung an einem

unabänderlichem Geschick erscheinen lässt.

Entsprechend dieser ethischen Ambivalenz wurde der Alterssuizid sowohl von Heiden als auch von Heiligen im Laufe der Geschichte abwechselnd gebilligt (SENECA, MONTESQUIEU, Altes Testament), ja befürwortet (MONTAIGNE, Thomas MORUS) oder verurteilt (PLATON, ARISTOTELES, AUGUSTINUS, THOMAS v. Aquin). Mit dem Aufkommen von Wissenschaft (Psychologie) und Moderne wird der Suizid generell als eine die Willensfreiheit bedrohende Erkrankung gesehen und als Herausforderung an Medizin und Psychotherapie diese zu behandeln.

Die Autorin gibt in ihrer Studie keine Behandlungskonzepte und enthält sich auch eines ethischen Urteils, ob der Suizid verwerflich sei oder nicht. Sie sieht aber den Alterssuizid als ein Skandalon unserer Gesellschaft und will zeigen, wo die Probleme liegen, die alte Menschen dazu bringen, ihr Leben von eigener Hand beenden zu wollen.

Ein eigenes Kapitel ist der Epidemiologie gewidmet, welche mit Schwierigkeiten bei der Datenerfassung und einer hohen Dunkelziffer konfrontiert ist. Die Zahl der Selbsttötungen steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich an und gleichzeitig nimmt die Zahl der Suizidversuche ab. In höherem Alter sind vor allem alleinstehende Männer betroffen. In Pflegeheimen dominiert der larvierte Suizid als Folge eines indirekten auto-destruktiven Verhaltens.

Das Hauptkapitel des Buches (110 Seiten) befasst sich mit den psychologischen Merkmalen des Alters und den sozialen Umständen, die suizidales Verhalten fördern. In Anbetracht der stark unterschiedlichen Persönlichkeiten alter Menschen können sehr verschiedene Motive für den Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, ausschlaggebend sein. Vorherrschend ist weniger die Angst vor Sterben und Tod als vielmehr vor quälenden und einschränkenden Lebensumständen und das

Gefühl, verlassen zu werden. Es gibt drei Gruppen von Risikofaktoren für den Alterssuizid: Psychische Faktoren (depressive und demenzielle Krankheitsbilder), körperliche Erkrankungen (vor allem chronischer und schmerzhafter Natur) und/oder mangelnde soziale Stützen (Einsamkeit, familiäre Konflikte, abwertende Behandlung). Umgekehrt schützen liebevolle Pflege und gute medizinische Betreuung vor suizidalem Verhalten. Nur am Rande erwähnt die Autorin religiöse Haltungen und meint, dass diese sowohl einen Suizid verhindern als auch fördern können (sog. altruistischer Suizid). Relativ ausführlich wird der Konnex von Depression und Suizidalität behandelt. Depressive Syndrome gehen in 70% der Fälle dem Suizid voran, wobei sich diese auf körperliche Gebrechen und Verlusterlebnisse aufpfropfen und häufig larviert erscheinen können. Nur ein Teil der Depressiven sucht aber tatsächlich den Suizid. Für diesen Teil ist eine tiefe Hoffnungslosigkeit kennzeichnend. Männer stellen gegenüber Frauen ihre Hoffnungslosigkeit seltener zur Schau. Ihre Entscheidung zur Selbsttötung erscheint deshalb häufiger wie rational überlegt (sog. Bilanzsuizid). Besonders gefährdet sind Personen mit einer beginnenden, noch urteilsfähigen Demenz oder einer sich aufhellenden Depression.

Zusammenfassend lässt sich kritisch anmerken, dass es wohl viele Motive zum Suizid geben mag, die Ausführung der Tat aber niemals zwangsläufig ist. Nur ein Teil der Depressiven, der von Schmerzen geplagten oder der Vereinsamten legt tatsächlich Hand an sich. Wäre es nicht angebracht – so muss man die Autorin fragen, die freilich nur vorhandene Literatur zu Rate zog – die Frage umgekehrt zu stellen: Warum verzichtet ein Großteil der vom Schicksal Geprüften auf einen Suizid? Ist es bloße Feigheit, fehlende Gelegenheit oder haben diese Menschen auch im äußersten Leid noch einen tieferen Grund ihr Leben zu schonen? Solche Zeugnisse würden nicht nur den Suizid in einem anderen Licht

erscheinen lassen, sondern könnten Therapeuten und Helfern Worte und Anregungen in die Hand geben, die den Hoffnungslosen vielleicht doch noch Hoffnung bieten.

Der Bedarf nach solchen Studien wäre umso dringender, je toleranter die Gesellschaft dem Alterssuizid gegenübersteht und je freimütiger sie, z.B. in der sog. Freitodaufklärung, ihn sogar fördert. Ziel einer humanen Gesellschaftspraxis muss es sein, denen, die keine Hoffnung haben, Horizonte der Hoffnung aufzuzeigen und sie erst dann jener Entscheidung zu überlassen, die kein Mensch an ihrer statt treffen kann.

W. RELLA

### **HIRNTOD, ORGANTRANSPLANTATION UND PFLEGE**

Joachim CONRAD, Maria FEUERHACK

*Mabuse Verlag, Frankfurt 2002*

*224 Seiten*

*ISBN 3-933050-96-0*

Die vorliegende Arbeit skizziert zunächst die Anfänge der Transplantationsmedizin ab dem 3. Dezember 1967. Es folgt eine detaillierte Darstellung des Hirntodkriteriums nach den Richtlinien der Deutschen Bundesärztekammer. Der anschließende Überblick über den Stand der gegenwärtigen Diskussion bzgl. des Hirntodkriteriums berücksichtigt die teilweise kontroversen Argumentationen der Mediziner, die Haltung der Kirchen und anthropologische Aspekte.

Das Kapitel „Situation der Pflege bei der Betreuung von hirntoten Patienten“ fokussiert die Kernproblematik. Im Weiteren werden Perspektiven entwickelt, diese Probleme bereits während der Pflegeausbildung bzw. Pflegeweiterbildung zu thematisieren, indem u.a. Möglichkeiten curricularer Umsetzungen aufgezeigt werden.

Diese Zusammenfassung auf dem Buchrücken des zu besprechenden Werkes trifft ohne

Einschränkungen den Aufbau und Gehalt des Buches.

Man weiß zunächst nicht, ob sich der Autor der gängigen Auffassung, der Hirntod ist mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen, identifiziert. Fragend heißt es schon in der Einführung: Ist das Leben eines hirntoten Menschen im Interesse eines anderen zu einem Zeitpunkt für beendet zu erklären, der zwar wissenschaftlich-rational begründbar, sinnlich-körperlich jedoch nicht wahrnehmbar ist? Patienten, die dem traditionellen Todesverständnis nicht entsprechen – sie haben warme rosige Haut, scheiden aus, produzieren elektrische Herzströme usw. – werden nach Erfüllung der Hirntodkriterien in diesem Zustand für tot erklärt. Hier drängt sich die Frage auf, ob es in einer Zeit des Cyberspace und der virtuellen Welten, virtueller Gesprächspartner etc. wirklich so schwer ist, eine Situation im Umgang mit Patienten so zu akzeptieren, wie es dem Augenschein *nicht* entspricht?

Das Anliegen des Buches und der Arbeit des Autors ist:

- \* Ein Bewusstsein für die Problematik des derzeit gültigen Hirntodkriteriums als Tod des Menschen zu schaffen.

- \* Belastungen und Konflikte der an der Pflege und Organentnahme beteiligten Pflegenden aufzudecken und zu verdeutlichen.

- \* Lösungswege zur Reduktion von bzw. zum Umgang mit Belastungsfaktoren vorzustellen.

- \* Anforderungen an Ausbildungskonzepte zu formulieren, die die Thematik Hirntod – Organtransplantation – Pflege berücksichtigen.

- \* Eine Auseinandersetzung über eine Pflegeethik anzuregen.

Die historische Zusammenfassung im Kapitel „Entwicklung der Transplantationsmedizin“ ist prägnant und gut belegt. Dies trifft auch für das darauffolgende Kapitel „Das Hirntodkriterium“ zu. Überhaupt gewinnt man den Eindruck, dass der Autor die wesentlichen Meinungen zu Wort kommen lässt ohne in diesen Abschnitten langatmig zu werden.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht

jedoch die pflegerische Praxis und der Einfluss auf die an der Transplantationsmedizin beteiligten Pflegenden. Im gewissen Sinn sei es makaber, die Vitalfunktionen eines Toten zu kontrollieren.

Hierzu wäre zu bemerken, dass ja auch die würdevolle Versorgung eines Leichnams zu den Aufgaben eines Pflegenden gehört. Vielleicht besteht gerade darin ein wesentlicher Beitrag, die Belastungen im Umgang mit den Patienten an der Grenze zum Tod oder auf dem Weg zum Tod im Sinne einer Trauerarbeit zu bewältigen. Warum soll es so abwegig sein – und das ist sicher nicht sarkastisch gemeint – einem hirntoten Patienten die letzte Ehre zu erweisen.

Im Kapitel Nummer 6 – hier wäre vielleicht noch anzumerken, dass die Nummerierung der Kapitel im Inhaltsverzeichnis nicht mit der im Text übereinstimmt – wird unterteilt in Ethik, Theorie und Praxis ein Überblick über die derzeitigen theoretischen Grundlagen der Pflegeproblematik gegeben. Die Problematik der Rolle der Pflegenden bei der Spender-Konditionierung sei von zwei diametralen Perspektiven gekennzeichnet:

1. Das Hirntodkriterium wird akzeptiert und mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt. Das führt zu der provokanten These: Mit dem Tod des Patienten endet auch die Pflege.

2. Das Hirntodkonzept wird *nicht* akzeptiert. Der Patient ist ein sterbender Mensch und somit ein noch lebender.

Im Kapitel 7 präsentieren die Autoren ihre Forschungsergebnisse, die auf empirisch gewonnenen Daten beruhen. Die Autorin bedient sich dazu eines qualitativen Ansatzes (12 Pflegende, 1 Medizinstudent; 25-47 Jahre alt; 2-17 Berufsjahre), der Autor eines quantitativen – (123 Pflegende, Datensammlung mittels Fragebogen; 22-60 Jahre alt, median 32; median 7 Jahre auf der Abteilung). Es werden 4 Forschungskomplexe dargestellt (Hirntodkonzept, Pro und Kontra Organentnahme, Pflege von Hirntoten, Auswirkungen und Konsequenzen des Hirntodkonzeptes auf Pflegende).

Die Auswertung der Interviews erbrachte

naturgemäß von der jeweiligen Einstellung des Befragten abhängige Ergebnisse. Für Pflegendende, die der Transplantationsmedizin insgesamt positiv gegenüberstehen unterscheidet sich die Arbeit mit dieser Patientengruppe nicht von der mit anderen Patienten auf der Intensivstation, die im Sterben liegen. Der Gedanke an den Organempfänger erleichtert die Arbeit und gibt ihr Sinn. Pflegendende, die der Transplantationsmedizin skeptisch gegenüberstehen, geraten durch ihre Arbeit in Konflikte: persönliches Empfinden, dazu kommen Belastungen aufgrund der mangelnden Würde und des mangelnden Respekts vor dem Sterben, hoher Zeitaufwand zu Lasten anderer Patienten, Betreuung von Angehörigen.

Es bleibt die Frage offen, ob die Meinung einer Mehrheit zur Beantwortung dieser Fragen überhaupt relevant ist. Wie steht es mit der Bildung der Befragten bezüglich ethischer und moralischer Grundlagen von medizinischen Berufen im Allgemeinen und des Pflegeberufes im Besonderen?

Im Fazit bekritteln die Autoren, dass mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes die bestehende Praxis der Transplantationsmedizin legalisiert und die eigentliche Problematik – die Vorverlagerung des Todeszeitpunktes – nicht weiter thematisiert werden müsse. Ist es aber nicht vielmehr so, dass der Todeszeitpunkt als Zeitpunkt des Hirntodes genauer festgelegt wurde, also präzisiert und nicht verlagert?

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass in diesem Buch auf die Probleme der Pflegenden bei der Betreuung von Spenderpatienten hingewiesen wird. Die Frage, ob es Dinge im Leben gibt, die real anders sind als es den Augenschein hat, ist aber natürlich mit ja zu beantworten. Das Argument, etwas, was nicht sinnhaft erfahrbar ist, kann nicht so sein, ist nicht stichhaltig. Allerdings muss man sich, um eine Antwort zu finden, auf die übernatürliche Ebene begeben. Zweifellos ist dafür auf eine verstärkte Bemühung um eine bessere Ausbildung auf diesem Gebiet nicht nur bei den Pflegenden, sondern vor allem auch bei

den Ärzten zu drängen. Besonders die im Kapitel „Integrierung der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung“ angesprochene Förderung ethisch moralischer Kompetenzen und Anforderungen an moralisch pädagogische Bildungskonzepte wären ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung des Verständnisses der Hirntod Problematik bei den Pflegenden.

CH. SCHWARZ

## GRUNDKURS MEDIZIN – ETHIK

Günther PÖLTNER

*Facultas Verlag, Wien 2002*

*340 Seiten*

*ISBN 3-8252-2177-6*

Wer bisher einen fundierten und umfassenden Einstieg in die Medizin-Ethik suchte, hatte es schwer. Er hatte es entweder mit umfangreichen Darstellungen eines bestimmten ethischen Ansatzes zu tun, oder mit Einzel- oder Sammelpublikationen zu bestimmten Fragen. Diese Lücke wird nun durch das vorliegende Taschenbuch geschlossen. Der Autor lehrt Philosophie an der Universität Wien und ist stv. Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin. Das Buch ist aus Vorlesungen und Seminaren erwachsen und wendet sich laut Vorwort „nicht nur an Studierende der Medizin und der Pflegewissenschaften, sondern an alle, die sich ernsthaft mit medizin-ethischen Fragen befassen wollen.“ Dies ist umso begrüßenswerter, als der enorme naturwissenschaftliche Fortschritt, aber auch gewisse politische Entwicklungen etwa auf dem Gebiet des Lebensschutzes, eine gute Grundlage in der Medizinethik immer unverzichtbarer macht. Vor zwei Versuchen der Medizin-Ethik wird gewarnt: sie darf weder abstrakte Prinzipien Diskussion, noch Ideologie des Faktischen sein. Sie muss interdisziplinär betrieben werden.

Hilfreich ist, dass zunächst Grundbegriffe der Ethik und ihrer Begründung vermittelt

werden, die ja allen fehlen, die nicht einschlägig philosophisch vorgebildet sind. Die verschiedenen Ansätze ethischer Urteilsbildung werden dargestellt und im Hinblick auf ihre medizin-ethische Relevanz geprüft. Es sind dies der deontologische Ansatz (KANT), utilitaristische Ansätze und die vor allem in den USA einflussreiche Prinzipienethik. Diese Ansätze berücksichtigen jeweils nur Teilaspekte einer umfassenden Handlungsstruktur. PÖLTNER erweist sehr gut nachvollziehbar den aristotelisch-thomistischen Ansatz als für eine Medizin-Ethik besonders geeignet, da nur dieser Ansatz die Struktur Ganzheit einer Handlung (Ziel und Mittel / Absicht / Umstände und Handlungsfolgen) für das Zustandekommen eines moralischen Urteils berücksichtigt. Aufgrund der zentralen Bedeutung der praktischen Überlegung (lat. prudentia) kann zwischen allgemeinen Handlungsregeln und dem konkreten Einzelfall vermittelt und die je angemessene Handlung gewählt werden. Auf dieser Grundlage wird die Medizin-Ethik normativ begründet.

Weiters wird die philosophische Frage nach dem Wesen des Menschen in ihrer zentralen Bedeutung für eine Ethik herausgestellt. Der Mensch ist wesenhaft Mitmensch, die Relation zu den anderen wesenskonstitutiv. Der Leib wird aus der Erfahrung des Leib-Seins und des Leib-Habens als Wesensmedium weltoffenen Existierens erwiesen, ohne dualistisch oder monistisch zu denken. Grundlagen zum Krankheitsbegriff, zu Gesundsein und Kranksein im Bezug zum Lebensganzen, werden ebenso geklärt, wie eine Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses unter besonderer Berücksichtigung der Patientenaufklärung und der Beziehung zwischen Patientenautonomie und einem Ethos der Fürsorge.

Den Hauptteil des Buches bildet dann die systematische Darstellung der wichtigsten für die Medizin-Ethik relevanten Bereiche. Es sind dies: Heilversuch-Humanexperiment-Ethikkommissionen; Prädiktive Medizin; Gentherapie; Embryonenforschung; die Debatte über den

Lebensschutz; Organtransplantation; Sterben und Tod; Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen.

In diesen Kapiteln wird jeweils das nötige Grundlagenwissen vermittelt, sodann die spezifische Problematik und Fragestellung umrissen. Argumente und Gegenargumente verschiedener Vorgangsweisen werden gebracht und in ihren jeweiligen Konsequenzen für den Einzelnen, aber auch für das soziale Umfeld und das Gemeinwohl, differenziert erläutert. Auch die erforderlichen rechtlichen Grundlagen kommen nicht zu kurz. Die grundsätzlich gegebene ethische Bewertung wird auf diese Weise gut nachvollziehbar. Sie nimmt dem Handelnden im Einzelfall die praktische Klugheitsentscheidung nicht ab, sondern befähigt ihn dazu.

Ausführliche Literaturhinweise und ein Glossar runden dieses Taschenbuch ab.

Diese handliche und zugleich umfassende Publikation ist sehr verständlich geschrieben und in ihrem Inhalt umfassend und praxisnah. Der *Grundkurs Medizin – Ethik* ist aufgrund seiner Übersichtlichkeit auch zum Nachlesen sehr gut geeignet und kann dem einschlägig Interessierten nur wärmstens empfohlen werden.

R. KLÖTZL

## **MEDIZIN UND GEWISSEN WENN WÜRDE EIN WERT WÜRDE...**

Stephan KOLB et al. (Hrsg.)

*Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2002*  
472 Seiten

ISBN 3-933050-85-5

Die Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/ Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. hat sich mit der Organisation des internationalen IPPNW Kongresses und mit der Veröffentlichung der diesbezüglichen Dokumentation ein großes Verdienst um die Wiedergutmachung der Ehre eines ganzen Berufsstandes erworben, die

durch „Verrat des Gewissens“ (Zitat von Prof. R. TOELLNER) in der NS-Zeit und durch Tabuisierung desselben in der Nachkriegszeit nach heutiger Erkenntnis schweren Schaden erlitten hat.

„Wenn Würde ein Wert würde...“ wählten die Veranstalter (Nobelpreisträger 1985) als Leitmotiv für Kongress und vorliegende Dokumentation: Beide sollen der Würde jedes einzelnen Menschen, des Kranken, Traumatisierten und Bedürftigen die gebührende Beachtung in allen Themenkreisen, nämlich *Menschenwürde, Gesundheitspolitik und Technologiefolgen* verschaffen. Die Ausrichtung auf dieses ethische Programm ist der außerordentliche innere Wert der Publikation. Er verspricht jedem potentiellen Patienten (und wer ist das nicht?) eine ungewöhnlich bereichernde Lektüre, weil er glaubwürdig darüber informiert wird, dass sich hier jene, die im weitesten Sinn für seine Gesundheit sorgen, heute in die Pflicht genommen fühlen, ihren Beruf als Berufung zu erkennen und auszuüben. Es wird das Ringen aller mit „Gesundheit“ befassten Berufsstände insgesamt um Wahrung der Menschenrechte in Theorie und Praxis erlebbar. Die rigorose Vergangenheitsbewältigung der NS-Zeit, eine rückhaltlose Offenlegung problematischer, gegenwärtiger Praktiken im Gesundheitswesen und die zukunftsweisende Erarbeitung der Implikationen der biotechnischen Revolution auf bislang unbekannte Konsequenzen der Bioethik werden von auserlesenen Fachexperten aus Grundlagenforschung, Medizin, Pflege, Psychologie, Rechts- und Geisteswissenschaften in 66 Beiträgen dargelegt und kompetent beantwortet. Ergebnis ist ein humaner Gegenentwurf zur Ideologie des Machbaren im Sinne der drei Begriffe Medizin, Würde und Gewissen.

In seinem einleitenden Beitrag „*Medizin und Gewissen*“ gibt Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard RICHTER, Psychoanalytiker und Mitbegründer der deutschen Sektion von IPPNW, der Veranstaltung und dieser Dokumentation die Ausrichtung vor: Er erinnert daran, dass „Gewissen“ als „Vernunft des Herzens“ (PASCAL) oder

als „Ordo amoris“ (Max SCHELER) abhängig ist von mitmenschlicher Nähe. Er empfiehlt daher jedem Gentechniker nebenher die Betreuung eines schwerbehinderten Kindes zu übernehmen: Gewissensbildung durch Nächstenliebe, ein Korrektiv für die Ambitionen „reiner“ Forscher und Aller, die an Gottes statt Schöpfungsverantwortung auf sich nehmen wollen.

Im Themenkreis „Menschenrechte“ wird in 21 Beiträgen von Ärzten und Fachleuten aus dem Gesundheitswesen Vergangenheitsbewältigung geübt, u. zw. ausgehend vom deutschen Ärzteprozess (1947). Dessen Botschaft und Auftrag wird von Prof. Dr. TOELLNER (Medizinhistoriker) in „*Wissen kann Gewissen nicht ersetzen – das Versagen der deutschen Ärzte im dritten Reich und die Folgen bis heute*“ zum Ausgangspunkt für sein leidenschaftliches Plädoyer für ethische Grundsätze gemacht. Schonungslos beleuchtet er den „Verrat des Gewissens“ der deutschen Ärzte im dritten Reich und dann wieder ihre bußunwillige Tabuisierung der Scheußlichkeiten, die der Ärzteprozess 1947 zu Tage gebracht hat und spannt den Bogen der Verirrungen bis auf unsere Zeit. Die Reduzierung des Menschen auf seine Biologie (Peter SINGER) und die Gefahr der Perversion des Menschenbildes und der ärztlichen Ethik durch die EU-Beschlüsse in Straßburg und Brüssel.

In weiteren Beiträgen wird die Entstehungsgeschichte des „*Nürnberger Kodex*“ und dessen historische Bedeutung als Basis für ethische Orientierung und das heutige Verständnis von „*informed consent*“ äußerst informativ beschrieben. Menschenrechtsverletzungen von Ärzten im NS-Regime werden in Berichten und erschütterndem Bildmaterial zur Kenntnis gebracht.

Die heutige Menschenrechtsproblematik wird unter den Titeln „Patienten und ihre Selbstbestimmung“, „Würde und Freiheit“ u.a. durch sehr kritische Hinweise auf bestehende und tolerierte Mißstände behandelt. Initiativen zu deren Beseitigung fehlen nicht.

Der Debatte um *Sterbehilfe* wird breiter Raum gewidmet. Dem niederländischen Bei-

spiel wird der heutige Standpunkt in Deutschland entgegengehalten.

Die Gesundheitspolitik wird in 18 Beiträgen von Sozialmedizinern, Wirtschafts-, Politik- und Pflegewissenschaftlern, sowie Ärzten behandelt. „Kommerzialisierung des Menschenrechts Gesundheit“, „Effizienz und Solidarität – ist beides möglich?“ sind – beispielhaft – die Themen. Grundsätze der Ethik werden in Bezug zu Gesundheitswesen und Markt, Solidarität in Krankenversicherung und Pflege und im Medizinstudium auf Basis der derzeitigen Verhältnisse erörtert.

„Technologiefolgen“ werden in 17 Beiträgen mit Blick auf die Thematik der Menschenwürde behandelt. Horrorvisionen einer Fruchtbarkeitsindustrie bis zu bisher unbekanntem Heilungschancen noch nicht Gezeugter stellen an die Gesellschaft Herausforderungen, deren Bewältigung existentiell ist. Von wirklichen Kapazitäten ihres Faches wird die bioethische Debatte auf höchstem Niveau geführt, wie insbesondere im Beitrag der Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes zum Ausdruck kommt: Sie erklärt den Willen der Schöpfer des Grundgesetzes, die Menschenwürde als unantastbares Gut in die Bundesverfassung zu verankern, ohne diese zu definieren. Die Problematik der Rechtsprechung im Zeitalter der gentechnischen Revolution wird dargestellt und vorgeschlagen, zuerst Ethik, Moral und Religion im „republikanischen Publikum“ zu befragen, bevor das Verfassungsgericht sein Verdikt spricht.

Die Implikationen der Biotechnik (Pränatal-, Präimplantationsdiagnostik, IVF) auf die menschliche Fortpflanzung, auf den gesellschaftlichen Status von Samenspender, Embryo, Mutter und Leihmutter sowie die damit verbundenen Menschenrechtsfragen werden sehr engagiert diskutiert und in konkreten Standpunkten beantwortet.

*Stammzellenforschung*: Realitäten, Möglichkeiten, Visionen. Eine umfassende Diskussion betreffend den Stand der Technik, die potentiellen Heilungschancen, die biopolitischen

Richtungen, die rechtlichen Frage (Patentrecht), die ethischen Wertorientierungen sowie soziokulturelle Veränderungen bietet in Einzelvorträgen einen hervorragenden Einblick in die Welt der neuen Götter, denen in Zukunft die Neuschöpfung des Menschen obliegen könnte.

Der Themenkreis „Atomausstieg – Frieden – Soziale Verantwortung“ ist dem „Gründungsthema“ der Ärztevereinigung gewidmet. Er enthält stichhaltige Argumentationen gegen die militärische und industrielle Nutzung der Kernkraft, eine vehemente Kritik an der öffentlichen Meinungsmache der US-gesteuerten Medien und ein ungeschminktes Bekenntnis, dass ärztliche Kunst in der Lage ist, die gesundheitlichen Schäden von Opfern nuklearer Kontamination zu heilen.

Die vorliegende Dokumentation ist – zusammengefasst – eine überaus wertvolle Forderung um mehr Raum für „Bedenken, Gewissen und mitmenschliche Nähe“ in einer Zeit, die von bioethischen Wünschen, Verunsicherungen und Ängsten geprägt ist.

P. HARTIG

## HIRNTOD – ZUR KULTURGESCHICHTE DER TODESFESTSTELLUNG

Thomas SCHLICH, Claudia WIESMANN (Hrsg.)  
*Suhrkamp Verlag, Baden-Baden 2001*  
 345 Seiten  
 ISBN 3-518-29125-4

Im vorliegenden Band soll, so der Herausgeber, gezeigt werden, dass jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod kulturbedingt ist. Er versteht sich als „analytischer Beitrag zur Geschichtsschreibung und Soziologie der Kultur des Todes“. Er gibt die Meinungen der Teilnehmer eines Symposiums mit dem Titel „Tod im Kopf“ wieder, welches im November 1998 in Bad Homburg abgehalten wurde.

In den einzelnen Abschnitten des Buches unter dem Titel „Geschichte der Todesbestimmung“ kann man durchaus interessante histo-

rische Rückblicke auf verschiedene kulturelle Zugangsweisen zum Todesproblem werfen. Von der Antike bis zur Neuzeit und der Postmoderne wird ein umfassender historischer Überblick über mit dem Tod zusammenhängende philosophische Grundlagen und kulturelle Gepflogenheiten geboten.

Lesenswert ist der letzte Abschnitt des Buches von Gesa LINDEMANN: „Die Interpretation hirntot“ über soziologische Aspekte, die im Zusammenhang mit der Todesfeststellung im Routinebetrieb einer Intensivstation gewonnen werden können. Man gewinnt hier den Eindruck, dass die Nichtmedizinerin durch das Miterleben des Alltags auf einer Intensivstation für die speziellen Probleme im Zusammenhang mit der Todesfeststellung sensibilisiert wurde.

Schon im Titel des Buches wird völlig richtig von Kultur der Todesfeststellung gesprochen. Es besteht kein Zweifel darüber, dass die Todesfeststellung an die jeweiligen kulturellen Veränderungen adaptiert wird. Vor allem ändern sich mit der jeweiligen Kultur auch die wissenschaftlichen Möglichkeiten.

Bereits in der Einführung wird dann aber diese für die Todesfeststellung getroffene Aussage ausgeweitet auf die Behauptung, dass jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod kulturbedingt ist. Das muss natürlich auf den Widerstand der ebendort auch angesprochenen Befürworter des Hirntodkonzeptes einerseits, aber auch auf den Widerstand der Kritiker des Hirntodkonzeptes andererseits, stoßen. Hier liegt offensichtlich eine gewisse Inkonsistenz der Argumentation vor, die allerdings der Intention des Buches widerspricht.

Am Ende des Kapitels „Einführung“ stellt man fest, dass hier offenbar die Begriffe Hirntod und Todesfeststellung synonym verwendet werden. Es besteht also der dringende Bedarf, die Sprache der Historiker und der Mediziner, besonders wenn ein so heikles Thema behandelt wird, etwas aufeinander abzustimmen. Für den Mediziner handelt es sich hierbei um zwei völlig unterschiedliche Begriffe: Der Hirntod wird im Rahmen der Todesfeststellung diagno-

stiziert und gilt als sicheres Zeichen für den Tod des Menschen, auch wenn andere Organe biologisch noch „lebendig“ sind. Man kann den Tod aber auch mittels anderer sicherer Zeichen feststellen, z.B. auf Grund des Vorliegens von Totenflecken oder Leichengeruch. Dieses Kriterium ist aber für die Praxis der Transplantationschirurgie schlecht anwendbar. Der Begriff Hirntod ist bei der Organentnahme notwendig, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt den sicher eingetretenen Tod eines Menschen festzustellen. Wobei der Begriff Zeitpunkt hier besser mit Zeitraum zu belegen wäre, da der Vorgang des Sterbens nicht punktuell zu sehen ist, für die Transplantationschirurgie jedoch nur dessen sicheres Ende maßgeblich ist.

Der Aussage „Der Hirntod ist eine biologische Tatsache und ein kulturelles Konstrukt. (...)“, dass diese Grenzlinie nichts anderes als eine gesellschaftliche Konstruktion ist“ muss widersprochen werden. Pointiert könnte man formulieren: tot ist tot, egal in welcher Kultur.

Zweifellos wurden im Rahmen der historischen Entwicklung der Transplantationschirurgie Fehler gemacht bzw. wurden Entwicklungen vorweggenommen, für die es noch keine ethischen Grundlagen gab. In diese Richtung wird auch im Beitrag von Claudia WIESMANN argumentiert, der die geschichtliche Entwicklung der Hirntoddefinition in Deutschland seit 1968 zum Thema hat. Wie so oft in der Medizin forcieren neue Entwicklungen Veränderungen in damit zusammenhängenden Bereichen, die primär gar nicht abzusehen waren. So hat z.B. die Betreuung von Patienten auf den Wartelisten für Herz- oder Lungentransplantationen massive Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten dieser schwerkranken Patienten gebracht. Bei der Herzchirurgie scheint sich derzeit sogar der Trend abzuzeichnen, dass durch die verbesserte Behandlung der Herzinsuffizienz die Zahl der Transplantationen zurückgeht.

Zusammenfassend liegt mit diesem Band eine tiefgehende historische Dokumentation der mit dem Hirntod zusammenhängenden so-



ziologischen Phänomene vor. Man muss aber in Abrede stellen, dass mit dieser historisch soziologischen Untersuchung die Intention des Buches, wie sie vom Herausgeber beabsichtigt ist, untermauert wird. In der Einführung werden Begriffe einfach synonym verwendet und dabei die philosophisch-anthropologische bzw. empirisch-biologische Ebe-

ne und deren Bedeutung für das Handeln nicht genügend bedacht und auseinandergehalten. Das Ergebnis sind Widersprüche, Trivialitäten oder Aussagen, die aus einer historischen oder soziologischen Untersuchung nicht begründbar und schwer nachvollziehbar sind.

C.D. SCHWARZ