

Imago Hominis

BAND V/Nr. 1 • 1998 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 5

AUS AKTUELLEM ANLASS

E.H. PRAT

Das deutsche Transplantationsgesetz 9

M. SCHWARZ

Die bioethische Beratungskommission der US-Regierung nimmt Stellung..... 12

FOCUS

M. HABSBURG-LOTHRINGEN ET AL.

Die Vermarktung von Organen 17

SCHWERPUNKT

Non-Beating-Heart Donors

Richtlinien zur Organentnahme

von NBH-Donors 27

H. POKORNY ET AL.

Transplantation mit Nieren von NBH-Donors 29

K. LENZ

Abbruch der Reanimationsmaßnahmen 35

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE

UND PSYCHIATRIE *Stellungnahme zu NBH-Donors* 36

J. BONELLI

Das Konzept des Organismus als Ganzheit und die praktischen Konsequenzen bei NBH-Donors ... 37

G. VIRT

NBH-Donors aus ethischer Perspektive 41

G. PÖLTNER

NBH-Donors: Anthropologische und ethische

Aspekte..... 45

Ch. KOPETZKI

NBH-Donors aus rechtlicher Sicht..... 49

DOKUMENTE

JOHANNES PAUL II

Papstbrief zur Schwangerenkonfliktberatung.. 52

Antwortschreiben der deutschen Bischöfe..... 57

NACHRICHTEN 59

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 61

BUCHBESPRECHUNGEN 64

IMPRESSUM 75



DVR: 002987(017)



QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN 1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

Es ist hinlänglich bekannt, daß die Knappheit der Organe das große Problem der Transplantationsmedizin darstellt. Die Operationstechnik wurde sehr schnell perfektioniert, das rebellische Immunsystem wird zunehmend unter Kontrolle gebracht und von organisatorischer Seite das komplexe Zusammenspiel der kooperierenden Ärzteteams rationeller gestaltet, aber: Es gibt nach wie vor zu wenig Organe. Die Wartelisten für eine Transplantation werden von Jahr zu Jahr länger. Der psychische Druck, der in dieser bange Zeit des Wartens für die Patienten entsteht, ist beachtlich. In den verschiedenen Transplantations-Statistiken werden zahlenmäßig immer auch jene Patienten angeführt, die kein Organ bekommen und während dieser Zeit verstorben sind. Es ist daher nur logisch, daß die Suche nach neuen „Organquellen“ sehr stark betrieben wird. Die Entwicklung künstlich hergestellter Organe scheint noch in weiter Ferne zu liegen, so daß eigentlich nur der Rückgriff auf die natürlichen Organe bleibt.

Die größte Gruppe der Organspender sind die Hirntoten. Zahlenmäßig machen sie den Hauptanteil der Spender aus. Mit Hilfe von Beatmungsgeräten und anderen intensivmedizinischen Maßnahmen kann bei Patienten, bei denen ein irreversibler Funktionsausfall des gesamten Gehirns eingetreten ist, die Kreislauffunktion aufrecht erhalten bleiben. Die Erklärung des Ad-hoc Harvard Komitees hat festgestellt, was ohnehin empirisch nachvollzogen werden kann: Bei irreversiblen Erlöschen der Hirnfunktionen ist keine Aussicht mehr auf ein Wiedererwachen gegeben. Alle intensivmedizinischen Maßnahmen sollen abgestellt werden. Daß sich die Transplantationsmedizin diese Tatsache zu eigen gemacht und Hirntote als bevorzugte Organ-

spender gebraucht, hat ihr bis heute schwere Vorwürfe des Instrumentalisierens eingebracht. Auch die Debatte über den Status des Hirntoten ist noch nicht ausgefochten. Dennoch haben sich fast alle Industrienationen darauf geeinigt, die Organentnahme von Hirntoten für zulässig zu erklären. Das deutsche Transplantationsgesetz spricht zwar nicht ausdrücklich vom „Hirntod“, aber doch vom Organspender, bei dem ein „endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“¹ Auch Japan hat sich erst kürzlich zu einer Gesetzesregelung durchgerungen, wobei eine Organentnahme vom Hirntoten erlaubt ist, wenn dieser vorher schriftlich seine Einwilligung dazu gegeben hat². Sehr unterschiedlich sind aber die Auffassungen, wie ausdrücklich die Willensbekundung des Spenders bei dieser Vorgangsweise sein muß. Vorweggenommen: Konsens herrscht darüber, daß eine Organentnahme nicht durchgeführt werden darf, wenn eine explizite Verweigerung dazu vorliegt. Hat sich der Betreffende zu Lebzeiten aber nicht geäußert, kann man in zweifacher Weise vorgehen. Entweder wird versucht, über die nächsten Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Hirntoten in Erfahrung zu bringen (Zustimmungsregelung), oder aber seine Zustimmung wird fraglos angenommen, da ja kein Widerspruch vorliegt (Widerspruchslösung). Es bedarf nur geringen Hausverstandes um vorauszuahnen, welche der beiden gesetzlichen Regelungen das größere Organaufkommen zustande bringt.

Am Hirntod versterben vergleichsweise nur sehr wenige Menschen. Der durchschnittliche Bürger stirbt am Herzversagen. Und wenn das

Herz versagt, heißt das noch lange nicht, daß die anderen Organe auch versagen. Solche „Non-beating-hearts“ sind daher unter bestimmten Bedingungen mögliche Organspender³. Diese Praxis hat in einigen Ländern bereits Verbreitung gefunden, die Ergebnisse sprechen für sich. Die Problematik ist die kurze Zeitspanne, die zwischen Herzstillstand und Organentnahme liegt. Es darf nur sehr wenig Zeit verstreichen, da sonst Organe durch die Ischämie bereits irreversible Schädigungen erleiden und keine Transplantation mehr möglich ist. Es ist evident, welches Dilemma hier entsteht. Zum Wohle des Empfängers muß so schnell wie möglich agiert werden. Zu neu ist noch die Praxis, zu wenig Teams sind darauf eingespielt, als daß es eine einheitliche Vorgangsweise geben könnte. Wir haben im Rahmen der Tätigkeiten unseres Instituts eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, um die geschilderte Problematik zu erörtern. Frucht dieser wiederholten Gespräche ist ein Konsenspapiervorschlag, der sowohl von ethischer und rechtlicher, als auch von medizinisch-technischer Seite gerechtfertigt werden kann. Eine Garantie gegen jegliches mißbräuchliche Vorgehen kann damit aber nicht gegeben werden. Die Schwerpunkt-Beiträge dieser Ausgabe von *Imago Hominis* nehmen von verschiedenen Seiten her Stellung zur Organentnahme bei herztoten Spendern. Fest steht, daß, gleich wie bei den Hirntoten, vornehmlich den Spenderinteressen Rechnung getragen werden muß. Die Würde des Menschen erfordert besondere Sorgfalt im Umgang mit Sterbenden und eben Verstorbenen.

Weitere Möglichkeiten, das Spendeaufkommen zu vergrößern, liegen in der Organverpflanzung unter Lebenden. Deutschland sieht in seiner Regelung eine Zulässigkeit solchen Vorgehens nur, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: der Spender muß volljährig, einwilligungsfähig, aufgeklärt, medizinisch geeignet sein und darüber hinaus in einem Nahverhältnis zum Empfänger stehen. Außerdem

darf kein entsprechendes Organ von einem Toten zur Verfügung stehen⁴. Die Vorgangsweise der Lebendspende ist in Österreich nicht geregelt. Organhandel ist verboten. Das Problem der länger werdenden Wartelisten wird damit nicht gelöst.

Seit längerer Zeit weiß man, daß die Forschung intensiv daran arbeitet, Schweine gentechnisch zu manipulieren, um deren Organe für die Transplantation verfügbar zu machen. Sensationsmeldungen landen in der Öffentlichkeit immer wieder große Erfolge, ernsthafte Wissenschaftler schieben den Termin für eine mögliche xenogene Transplantation jedoch immer wieder auf. Eine realistische Hoffnung für einen baldigen Einsatz von Schweineherzen gibt es nicht.

Damit ist die Liste der möglichen Spender fast erschöpft, sieht man von illegalen Vorgangsweisen einmal ab. Im Focusartikel von M.HABSBURG-LOTHRINGEN et al. „Die Vermarktung von Organen“ wird dieses Thema dennoch vorsichtig aufgegriffen. Es wird kaum wundern, daß der Organmangel auch unlautere Machenschaften provoziert. Die Frage, wodurch die Differenz zwischen durchgeführten Transplantationen und registrierten Spendern gedeckt wird, darf nicht unbeantwortet bleiben. Es ist Aufgabe internationaler Organisationen, diversen Anschuldigungen nachzugehen und Mißstände abzuschaffen.

Bei all diesen Überlegungen fällt auf, daß vornehmlich eine Mißachtung der Spenderinteressen auf dem Spiel steht. Diese müssen mit aller Kraft verteidigt und gewahrt werden. Das Leben ist ein kostbares Gut; der Lebensschutz stellt ein Grundrecht für alle dar, das Recht des Stärkeren darf hierbei nicht Fuß fassen. Hier sei auch daran erinnert, daß das Leben nicht das höchste Gut und überdies für jedermann zeitlich begrenzt ist. Diese unausweichliche Tatsache sollte all jenen in Erinnerung gerufen werden, denen angesichts der Organknappheit anscheinend alle Mittel recht sind, auch wenn sie einer ethischen Prüfung nicht mehr stand-

halten. Für einen gläubigen Menschen, gleich welcher Konfession, wird es ein Trost sein, daß der Tod nicht das Letzte ist, sondern der Übergang in ein anderes Dasein. Er wird daher gelassen hinnehmen können, wenn ihm die Möglichkeit einer Organtransplantation nicht mehr gegeben werden kann.

Die Herausgeber

Referenzen

1. Transplantationsgesetz vom 5. November 1997, §3, Absatz (2) 2.
2. Vgl. MICHİ NAKAJIMA, „Organtransplantationen von Hirntoten: endlich grünes Licht“ in *Japanecho* 1997, Nr.2, S88-92
3. Vgl. POKORNY H. ET AL. „Transplantation mit Nieren von Non-heart-beating donors“ in *IH* 1/98, S 29-34
4. TPG §8

 AUS AKTUELLEM ANLASS

Das deutsche Transplantationsgesetz Vergleich mit der österreichischen Gesetzeslage

E. H. PRAT

Nach monatelangen, zum Teil heftigen Diskussionen in der Öffentlichkeit, an denen sich auch hohe Persönlichkeiten der Wissenschaft, der Politik und der Kirchen beteiligt haben, ist am 1. Dezember 1997 in Deutschland das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz, TPG vom 5. November 1997) in Kraft getreten. Das Gesetz schreibt weitgehend die bisherige deutsche Praxis fest: erweiterte Zustimmungslösung und Anerkennung der Hirntoddefinition (vollständiger und endgültiger Ausfall aller Hirnfunktionen bei noch künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf) für die Todesfeststellung als Voraussetzung für Organentnahmen.

Die folgenden Ausführungen sollen kein juristischer oder ethischer Fachkommentar sein, sondern lediglich über die Eckpunkte des neuen Gesetzes informieren und eine Gegenüberstellung mit den entsprechenden österreichischen gesetzlichen Regelungen bringen. Dabei muß man beachten, daß das österreichische Gesetz vor fünfzehn Jahren verabschiedet wurde, und daher aus unserer heutigen Sicht und im Vergleich zum deutschen Gesetz viele Aspekte ungeregt gelassen hat. Das bedeutet aber nicht, daß hier im rechtsfreien Raum gehandelt wird, weil die allgemeinen Rechtssätze zur Anwendung kommen.

Im deutschen TPG werden in 26 Paragraphen folgende Bereiche geregelt: Die Voraussetzungen für eine Organspende bei toten Organspendern (§§ 3 – 7); Zulässigkeitsbedingungen der Organentnahme bei lebenden Organspen-

dern (§ 8); Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe (§§ 9 – 12); Meldungen, Datenschutz, Fristen, Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft (§§ 13 – 16); Organhandelsverbots-, Straf- und Bußgeldvorschriften (§§ 17– 20); Schlußvorschriften (mit Abänderungen geltender Gesetze, Übergangsregelungen, Inkrafttreten, §§ 21 – 26). Im Vergleich dazu wird in Österreich die Entnahme von Organen und Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation vom Krankenanstaltsgesetz (KAG) § 62 in der vom Nationalrat am 1. Juni 1982, BGBl. N. 273 novellierten Version geregelt. Der Paragraph beinhaltet sechs Absätze und behandelt die Zulässigkeit der Entnahme (§ 62 a Abs. 1), die Voraussetzung der Entnahme (§ 62 a Abs. 2), wobei diese den Krankenanstalten mit bestimmten Voraussetzungen vorbehalten bleiben (§ 62 a Abs. 3), Organhandelsverbot (§ 62 a Abs. 4), Datenschutz (§ 62 b) und Strafvorschrift (§ 62 c).

Nach dem neuen deutschen Gesetz ist der Wille des Verstorbenen bei einer Organspende im Todesfall ausschlaggebend. Die Regelung heißt *erweiterte Zustimmungslösung*, weil für den Fall, daß weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vorliegen, dessen nächster Angehöriger nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu befragen ist (§ 4 Abs. 1). Das TPG sieht auch vor, daß der mögliche Organspender die Entscheidung über eine Organentnahme an eine bestimmte Person, die dann automatisch an die Stelle des nächsten Angehörigen tritt, übertragen kann.

Demgegenüber hat der österreichische Gesetzgeber die *Widerspruchslösung* vorgesehen, d.h. wenn keine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder vor dessen Tod sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat, die Entnahme prinzipiell zulässig ist.

Die Organentnahmen bei lebenden Spendern werden im deutschen TPG stark eingeschränkt. Sie sind nur dann zulässig, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Organ eines toten Spenders zur Verfügung steht (vgl. § 8, Abs. 1, Satz 3). Darüber hinaus ist die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, nur zur Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, zulässig, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen (vgl. § 8, Abs. 1, Satz 2). Außerdem ist bei einer Entnahme Voraussetzung, daß die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete, tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende unfreiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens ist (vgl. § 8, Abs. 3). Damit möchte der deutsche Gesetzgeber Fremde vor jedem Druck zur Organspende schützen und ein Verwaltungshindernis gegen den Organhandel herstellen. In Österreich ist die Organentnahme bei lebenden Spendern nicht gesondert geregelt. Es gelten die allgemeinen Rechtsgrundsätze.

Die deutsche Regelung wirft die Frage auf, wie man den Organbedarf decken können wird. Der Gesetzgeber ist sich dessen bewußt, daß das Organaufkommen bei der Zustimmungslösung nach der bisherigen deutschen und auch nach internationalen Erfahrungen weit geringer ist als bei der Widerspruchslösung. § 2 enthält eine Aufforderung an die öffentlichen Einrichtungen und Krankenkassen, bei der Aufklärung der Bevölkerung mitzuwirken und die Versicherten, die das

sechzehnte Lebensjahr vollendet haben, zu bitten, eine Erklärung zur Organspende abzugeben. Ob mit dieser Aufforderung das große Problem der Bedarfsdeckung in Deutschland gelöst wird, ist fraglich.

Das deutsche TPG schreibt bei toten Organspendern vor, daß vor der Entnahme zwei dafür qualifizierte Ärzte, unabhängig voneinander, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, feststellen müssen (vgl. § 3, Abs. 1, Nr. 2 und § 5). Anzumerken ist, daß sich im Bundestag eine 2/3 Mehrheit trotz eines beträchtlichen Druckes der öffentlichen Meinung für den Hirntod als definitive Grenze des Lebens eines Menschen entschieden hat. Das österreichische KAG sieht als Voraussetzung für die Entnahme vor, „daß ein zur Berufsausübung berechtigter Arzt den eingetretenen Tod feststellt. Dieser Arzt darf weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen. Er darf an diesen Eingriffen auch sonst nicht beteiligt oder durch sie betroffen sein“ (§ 62 a Abs. 2). Letzteres ist gleichfalls auch im deutschen TPG § 5 Abs 2 vorgesehen. Der österreichische Gesetzgeber stellt allerdings keine gesonderten Anforderungen an die Todesfeststellung. Es gilt die Empfehlung des Obersten Sanitätsrates vom 26. Juni 1982, die besagt, daß nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft der irreversible Funktionsausfall des Gehirns maßgeblich sei.

Das Organhandelsverbot des deutschen TPG ist umfassender als das des österreichischen KAG. Letzteres betrifft lediglich die Organe und Organteile Verstorbener, während im deutschen Gesetz alle Organe, die einer Heilbehandlung dienen könnten, gleichgültig ob sie von Verstorbenen oder von Lebenden stammen, gemeint werden. Auch die Strafen für eine Übertretung des Organhandelsverbots sind in Deutschland schärfer und höher als in

Österreich. Neben Geldstrafen sind auch Freiheitsstrafen bis zu 5 Jahren möglich. Im österreichischen KAG gelten Geldstrafen bis zu öS 30.000.-. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, daß es in Österreich kein ausdrückliches Verbot für den Handel mit Organen von Lebendspendern gibt. Die Auffassung, daß trotzdem der Handel wegen Verstoß gegen die guten Sitten rechtlich nicht

zulässig sei, wird nicht einheitlich geteilt (vgl. Ch.KOPETZKI „Organgewinnung zu Zwecken der Transplantation“, Springer Verlag 1988, S 250 ff, S 257 ff).

Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
IMABE Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Der geklonte Mensch

Die bioethische Beratungskommission der US - Regierung nimmt Stellung¹

Markus SCHWARZ

1 Einführung

Es ist nun schon über ein Jahr her, seitdem am 27. Februar 1997² die Neuigkeit zum ersten Mal in die Weltöffentlichkeit hinausposaunt wurde: Der schottische Wissenschaftler Ian WILMUT und sein Team rühmten sich, zum ersten Mal ein erwachsenes Säugetier geklont zu haben. Dolly, das geklonte Schaf, war in aller Munde und schien neue Ebenen und neue Richtungen in der medizinischen Forschung zu schaffen.

Heute, ein Jahr nach der Veröffentlichung dieser Experimente sollten wir genug Abstand genommen haben, um unvoreingenommen an das, was tatsächlich in diesen Tagen passiert ist, heranzutreten und einer Beurteilung zu unterziehen. Haben wir es wirklich mit einer neuen Art der Medizin zu tun? Wird sich tatsächlich unser Bild von Familie, menschlicher Fortpflanzung und menschlichem Zusammenleben grundlegend ändern?

1.1 Das WILMUT-Experiment

Zunächst stellt sich die Frage, was denn eigentlich bei diesem Experiment genau passiert ist. Nach neuesten Informationen weiß dies eigentlich niemand so genau. Gerade in letzter Zeit kamen diverse Zweifel darüber auf, ob die Klonierung erwachsener Tiere nun Wirklichkeit geworden ist oder nicht.

Nach veröffentlichten Informationen konnte WILMUTS Team den Zellkern der Brustdrüsenzelle eines Mutterschafes in die entkernte Eizelle eines zweiten Muttertieres einbringen, und nach Implantation in einen Schafuterus ent-

stand daraus – „Dolly“. Dolly war der erste geglückte Versuch seiner Art von 400 Versuchen. Seither wurden weitere 600 Versuche der Klonierung unternommen und keiner führte zur Geburt eines lebensfähigen Schafes.

Es gab auch Kritik an den nachgehenden Untersuchungen von Dolly. Als erstes war der Kern einer eingefrorenen Brustdrüsenzelle entnommen worden und das Muttertier war bereits tot, als Dolly das Licht der Welt erblickte. Eine zielführende Untersuchung der genetischen Identität von Dolly mit seiner Mutter war folglich nicht möglich. Außerdem war die Charakterisierung der Brustdrüsenzelle unzureichend, um den genauen Zelltyp, der für die Klonierung verwendet wurde, im nachhinein ausfindig zu machen.

1.2 Was ist neu an Dolly?

Aber was ist nun das neue, „revolutionäre“ an Dolly, das man bisher mit anderen Technologien nicht erreichen konnte? Zunächst wurde mit der Technologie, die man heutzutage zu meist als somatischen Zellkerntransfer beschreibt, die Möglichkeit eröffnet, Klone in großer Anzahl herzustellen. Im Gegensatz zum bereits praktizierten Embryosplitting, das ja ebenfalls identische Klone analog der Zwillingsbildung erzeugt, steht bei dieser neuen Technologie einer „Fließbänderzeugung“ von Klonen theoretisch nichts mehr im Wege.

Weiters handelt es sich beim somatischen Zellkerntransfer um eine zeitlich versetzte Zwillingsbildung. Diese wäre prinzipiell auch beim Embryosplitting möglich, wenn einer der beiden Zwillinge eingefroren und Jahre spä-

ter aufgetaut und einem Uterus implantiert würde. Doch besteht gerade in diesem Fall der Unterschied darin, daß der somatische Zellkerntransfer eine Voraussage des Phänotypes des Klonen ermöglicht. Das heißt, man kann im voraus aus einer großen Anzahl von Phänotypen auswählen und ist nicht auf den Unsicherheitsfaktor der Chromosomenkreuzung angewiesen.

Genau dieser Aspekt, die asexuelle Fortpflanzung beim somatischen Zellkerntransfer, ist aber auch der Hauptpunkt der rein biologischen Kritik an dieser neuen Technologie. Die Sexualität (und damit ist in diesem Fall die Vermischung der Chromosomensätze auf DNA-Ebene gemeint) stellt für die Natur eine wichtige Strategie dar, um Organismen resistenter gegen äußere Einflüsse zu machen. Im Fall der Klonierung in großer Zahl würde diese Strategie umgeworfen werden. Die Auswirkungen solcher Veränderungen sind aber nur schwer vorhersehbar.

Als Folge dieser asexuellen Vermehrung gilt auch ein vorzeitiger Alterungsprozeß der DNA als gesichert. Die DNA unterliegt während des Lebens jedes Organismus einer Reihe von biochemischen Veränderungen, die einen Alterungsgrad des Genoms vorgeben. Ein aus somatischen Zellen kloniertes Individuum würde daher mit einer relativ „alten“ (dem Alter des Klonvaters entsprechenden) Genomstruktur auf die Welt kommen. Auch hier sind die Auswirkungen, die sich durch frühzeitiges Einsetzen von degenerativen Krankheiten und Anfälligkeiten für Infektionskrankheiten ergeben, unvorhersehbar.

2 Was sagt die National Bioethics Advisory Commission (NBAC) der amerikanischen Regierung?

Man sieht, daß sich mit dieser Technologie schon genügend Problematik für den Tierversuch auftut, einer Problematik, die eine Anwendung am Menschen als weit mehr als un-

realistisch erscheinen läßt. Trotz allem ließ der amerikanische Fortpflanzungsspezialist Richard SEED im Dezember 1997 und ein zweites Mal im Jänner dieses Jahres verkünden, daß er innerhalb von neunzig Tagen daran gehen werde, die somatische Klonierung des Menschen zu versuchen.

Doch schon Monate zuvor fühlte sich die amerikanische Regierung gedrängt, kurzfristig eine nationale Bioethikkommission einzuberufen, die innerhalb von neunzig Tagen eine Empfehlung für das gesetzliche Vorgehen über die Anwendung dieser Technologie am Menschen ausarbeiten sollte. Im Juni 97 lag ein Konzeptpapier dieser Kommission vor, das im kurzen folgende Punkte enthielt:

- Keine Finanzierung der Erforschung des somatischen Zellkerntransfers am Menschen durch Bundesmittel (wie dies bereits seit März 1997 für alle Klonierungsversuche in den USA gilt).
- Verabschiedung eines Moratoriums für weitere drei bis fünf Jahre für den Ausschluß von Klonierungsversuchen am Menschen.
- Feststellung durch wissenschaftliche Gesellschaften, daß der somatische Zellkerntransfer zur Zeit aus Sicherheitsgründen, aber auch weitergehenden moralischen Aspekten nicht akzeptabel ist.
- Einschränkung dieser Bestimmungen auf die gewollte Implantation von Embryonen, die mit dieser Technik erzeugt wurden, aber kein generelles Verbot der Forschung.

3 Politische Beurteilung

In der generellen Beurteilung dieser Empfehlungen der Bioethikkommission muß man sich zunächst in die Situation der Mitglieder der Kommission und ihrer Berater versetzen. Als Alternativen für mögliche politische Empfehlungen boten sich im Prinzip nur wenige Möglichkeiten an: einerseits ein generelles Verbot jeglicher Anwendung und Forschung auf diesem Gebiet. Als zweites Extrem wäre es mög-

lich gewesen, den somatischen Zellkerntransfer uneingeschränkt praktizieren zu lassen. Dazwischen gab es im Prinzip nur die Möglichkeit des eingeschlagenen Moratoriums für eine gewisse Zeit, mit gleichzeitiger vorläufiger Verhinderung jeglicher Anwendung der Technologie oder die Einrichtung eines Gremiums, das über die Anwendung der Technologie in Einzelfällen entscheidet, wie dies zum Beispiel in den USA im Rahmen der Gentechnik der Fall ist. Vor diesem Szenario muß man erkennen, daß die Entscheidung, vor allem aus politischer Sicht gesehen, das Maximum an Möglichkeiten herausholte. Auch angesichts des Zeitdrucks, dem die Kommission ausgesetzt war, verdient die zustande gebrachte Entscheidung volle Hochachtung. Die Klonierung mit dieser Technologie wurde für zumindest drei Jahre hinausgezögert, zugleich aber wurde ein Fundament für eine ehrliche ethische Auseinandersetzung mit diesem Thema in der Öffentlichkeit geschaffen, was bei einem sofortigen generellen Verbot unter Umständen nicht möglich gewesen wäre. Mit dieser Empfehlung wurde aber auch entschiedenen Verfechtern dieser Technologie viel Wind aus den Segeln genommen. Nun sind ehrliche Argumente gefragt und weniger Polemik und Technologiegläubigkeit.

Vor allem in den USA wurde dieser Ausgang als Sieg der Klonierungsgegner dargestellt, wobei die Argumentation der Kommission allgemein keine Überraschung ist. Sogar in der Wissenschaft selbst formierte sich eine große Anzahl von Gegnern der Klonierung von Menschen, angeführt von der Forschergruppe um Ian WILMUT selbst, für den das Klonieren des Menschen nicht in Betracht kommt. Auch die Wirkung der Empfehlungen blieb nicht aus: Präsident CLINTON ließ unverzüglich Gesetzesvorschläge für ein fünfjähriges Moratorium zur Erforschung und Anwendung von Klonierungstechnologien am Menschen ausarbeiten. Zwei der drei bisher eingereichten Vorschläge umfassen nicht nur den somati-

schen Zellkerntransfer, sondern beziehen auch das Embryosplitting in dieses Verbotsmoratorium mit ein.

4 Ethische Beurteilung

So effizient die Beurteilung und Empfehlung der Bioethikkommission auch der Klonierung des Menschen auf politischer Ebene vorgebeugt hat, so wenig darf man sich über die Schwächen in der Argumentation und ethischen Begründung der Empfehlungen hinwegsetzen.

4.1 Schwache Begründung für ein Moratorium

Zunächst ist es logisch nicht einsichtig, warum gerade eine Technologie wie das Klonieren nach fünf Jahren einer neuerlichen Überprüfung unterzogen werden soll. So wichtig es auch sein mag, alle gesetzlichen Regelungen regelmäßig zu überprüfen und im Licht neuer Erkenntnisse zu beurteilen, so wenig verständlich ist es, warum nicht auch für so wichtige Fragen wie das Verbot der Sklaverei oder das Recht auf freie Meinungsäußerung derartige Moratorien gelten sollen. Dahinter steht natürlich das Vorbeischwindeln der Kommission an der eigentlich entscheidenden Frage im Zusammenhang mit der Klonierung: Ist ein Klonieren des Menschen an sich moralisch erlaubt oder nicht?

4.1.1 Ausklammern der Interessen der Kinder

Die Empfehlungen der Kommission klammern genauso notorisch die Interessen der eigentlich Betroffenen in dieser Diskussion aus: Die Interessen der möglicherweise durch Klonierung erzeugten Kinder, wie auch die Interessen zukünftiger Generationen der Menschheit, die ja mit den Folgen unserer heutigen Technologiegläubigkeit leben müßten. Als einziger Bezug zur nachfolgenden Generation treten „sicherheitstechnische“ Überlegungen in Er-

scheinung, die aber von einer Beurteilung der Interessen und Bedürfnisse zukünftiger Generationen weit entfernt sind.

Im Gegensatz dazu trägt der Bericht der Kommission aber den Eltern- und Fortpflanzungsrechten nachhaltig Rechnung, indem diese den Sicherheitsüberlegungen gegenübergestellt und gegeneinander abgewogen werden. Weitreichende moralische und ethische Überlegungen bleiben aber ohne Substanz. Tagespolitische Überlegungen verhinderten auch auf diesem Gebiet eine tiefgreifendere Beschäftigung mit den Wurzeln der Gesamtproblematik. Anstatt von Idealen für die Gestaltung der Zukunft, gehen die Empfehlungen von den Interessen und Machtverhältnissen der heutigen Einflusspersonen aus.

4.1.2 Gemeinschaftswohl – Forschungsfreiheit

Der einzige Punkt, in dem die Kommission einen Konsens erzielen konnte, war die Frage der Sicherheit der Methode. Zum heutigen Zeitpunkt stellt diese Methode keine sichere Alternative zu anderen Technologien dar. Sollte die Sicherheit eines Tages aber kein Problem mehr darstellen und die Technologie des somatischen Zellkerntransfers mit einem vernünftigen Ausmaß an Gefahren einsetzbar sein, wäre nach der Argumentationslinie der Kommission eine Abwägung zwischen dieser Sicherheit und den Interessen der Wissenschaft und Forschung sowie einzelner, die von dieser Technologie profitieren könnten, notwendig.

Die Vereinfachung aller naturwissenschaftlichen Fragestellung auf eine Kosten-Nutzenanalyse mag zwar der Naturwissenschaft als solcher inhärent sein, doch stellt sich gerade hier die Ethik und Moral der Naturwissenschaft zur Seite, um diesem Wechselspiel Grundsätze vorzuschieben, die nicht überschritten werden können, auch wenn der Nutzen noch so groß wäre. Und de facto gibt es nur sehr wenige, aber um so wichtigere Beispiele aus der medizinischen Forschung, in der diese Kosten-Nut-

zenrechnung um jeden Preis nachrangig wird: die Patienteneinwilligung bei Versuchsreihen stellt eine solche Barriere dar. Doch stellt sich die Frage erneut, wie lange werden solche Barrieren noch halten, wenn der Nutzen für vermeintlicherweise wichtigere Güter, wie zum Beispiel eine neuartige, aber noch unerprobte Therapie, zunimmt?

5 Grundsatzfragen

Trotz all dieser positiven und weniger positiven Ansätze der Empfehlungen der Bioethikkommission bleiben die eigentlichen Grundfragen zum Thema der Klonierung des Menschen unbeantwortet. Diese Fragen gliedern sich im Prinzip in drei Bereiche:

1. Die anthropologische Frage: Lässt sich die Klonierung von Menschen mit seiner „Würde“ (oder ähnlichen Konzepten des Menschseins, wie der „Natur des Menschen“ oder dem „Sein des Menschen“) vereinbaren, also wird eine asexuelle, mechanistische Fortpflanzung dem Gesamtphänomen Mensch gerecht?
2. Die sozialpolitische Frage: Wollen wir als Gesellschaft und im globalen Sinn als Menschheit zulassen, daß sich unser Dasein und unser Verständnis von Familie, Individualität und Liebe derart verändert? Wollen wir also unser Leben und das zukünftiger Generationen in die Hand von Technokraten ausliefern, die ihre Entscheidungen an der Machbarkeit und nicht an der Sinnhaftigkeit von Handlungen ausrichten?
3. Die medizinische Frage: Welches Problem wird für die Menschheit durch die Inanspruchnahme von Klonierungstechniken wirklich gelöst? Gibt es anerkannte Krankheiten, die therapiert, gibt es zugrundeliegende Leiden, die gemildert werden können, gibt es relevante Fragestellungen, die mit der Hilfe der Klonierung des Menschen gelöst werden können? Und ist das Klonieren der beste und einzige Weg, um diese Problemfel-

der zu bearbeiten? Oder handelt es sich dabei um eine reine Technologiehypothese, die l'art pour l'art einer Testung unterzogen werden muß?

Verschiedentlich wurde auch gerade in den letzten Nummern von *Imago Hominis* (IV/2 und IV/4) auf diese Fragen eingegangen. Auch bieten die Stellungnahmen der Päpstlichen Akademie für das Leben in diesem Zusammenhang interessante Informations- und Argumentationsquellen.

Es bleibt zu hoffen, daß die neu entfachte Diskussion um die Klonierung des Menschen ein breites Spektrum an Diskutanten und Meinungen einbezieht, um möglicherweise eine einmalige Chance wahrnehmen zu können, die darin besteht, auf die Grundfragen unserer sexuellen Gegebenheiten einzugehen und nicht an den technischen und methodischen Fragestellungen hängen zu bleiben.

Unabhängig von jeder Beurteilung der tatsächlichen Machbarkeit des somatischen Zell-

kerntransfers läßt uns dieser technologische Neuansatz zu einer wiederholten Positionierung gegenüber dem gesamten Spektrum der Reproduktionstechnologien ein. Der Wunsch bleibt also bestehen, daß die Arbeit der bioethischen Kommission in den USA diesen Denkprozeß weiter ins Rollen bringt und mit Hilfe des fünfjährigen Moratoriums dieser Denkprozeß in Ruhe reifen kann, ohne durch den tagespolitischen Entscheidungszwang zu Ende geführt werden zu müssen.

Referenzen

1. Cloning Human Beings: The Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission, Rockland, Md., June 1997.
2. I. WILMUT et al., *Nature*, Vol. 385, p. 810-813.

Dr. Markus SCHWARZ
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

FOCUS

Die Vermarktung von Organen

Margerita HABSURG-LOTHRINGEN
Giacomo BONAVENTURA M.I.
Luiz Armando DE JESUS M.I.

ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten Jahren gibt es zunehmend Anschuldigungen, die von einem Organhandel sprechen. Ausgehend von der effektiven Knappheit der Organe und den länger werdenden Wartelisten, läßt sich der Verdacht nicht gänzlich zurückweisen. Die Autoren haben recherchiert und sind den unterschiedlichsten Quellen nachgegangen. Anschließend werden diverse bioethische Stellungnahmen zum Organhandel aufgezeigt und die Argumente pro und contra diskutiert.

Schlüsselwörter: Transplantationen, Knappheit der Organe, Organhandel, Solidarität

ABSTRACT

In the past years accusation have increasingly been made that trade in vital organs is being carried on. The decisive scarcity of organs for transplantation and the ever lengthening waiting lists for same, would lead one to believe that there is some truth in these accusations. The authors have done much investigation into the matter and checked many sources of information. Finally various bioethical comments to trade in organs were considered and arguments pro and contra were discussed.

keywords: transplantation, scarcity of organs, trade in organs, solidarity

1 Einleitung

In den letzten Jahren waren in den Medien immer wieder verschiedene Aussagen und Anschuldigungen zu hören oder zu lesen, die einen möglichen Organhandel zum Inhalt hatten und die zu einer Beunruhigung der öffentlichen Meinung führten.

Unser Anliegen in dieser Seminararbeit war, jene Nachrichten zu überprüfen um festzustellen, inwieweit sie glaubwürdig in bezug auf die Zahl der Fälle und der betroffenen Länder, oder übertrieben sind. Weiters wollten wir ethische Stellungnahmen suchen und unsere eigenen hinzufügen.

Unsere Hypothese geht von der Tatsache aus, daß ein möglicher Organhandel vor allem durch den großen Mangel an Spendern entsteht (die Warteliste ist weitaus größer als die Liste der verfügbaren Organe), sodaß in einigen industrialisierten Ländern (darunter Italien) die Suche nach käuflich erhältlichen Organen (und zwar aus ärmeren Ländern) entsteht.

Vor einer Prüfung dieser Hypothese ist eine Klarstellung der Terminologie nötig. Unter Organhandel kann eine Vielzahl unterschiedlicher Transaktionen mit Organen verstanden werden. Vom Ursprung der Organe ausgehend könnte folgende Einteilung vorgenommen werden:

Vom Leichnam:

1. Heimliche Entnahme von Körperteilen oder Geweben gegen Bezahlung (vor allem jene Körperteile, die nicht sofort verwesen wie Herz, Niere oder Lunge).
2. Organtransplantation im Spenderland für zahlende Ausländer.
3. Verkauf von Kindern, die als Organquelle benutzt werden.
4. Verkauf von Geweben abgetriebener Föten.
5. Entwendung von Organen aus Leichenhäusern und heimliche Transplantationen.
6. Beschaffung von Organen durch vorge-täuschte Tötung in Krankenhäusern.

Von Lebenden:

1. Einvernehmlicher Verkauf von doppelt angelegten Organen (Nieren), sei es im Spenderland oder exportiert.
2. Verkauf von Kindern (durch Adoption) zur Entnahme von doppelt angelegten Organen.
3. Verkauf eigener Organe, die nach dem Tod entnommen werden und deren Bezahlung an Dritte erfolgt.

In einer der bedeutendsten italienischen Tageszeitungen erschien ein Artikel, der unsere Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat:

„Ermittler weisen auf „seltsame“ Adoptionen von behinderten Kindern hin“.

Behinderte brasilianische Kinder sollen demnach heimlich adoptiert werden, um ihnen dann transplantationsfähige Organe zu entnehmen und diese an europäische Krankenhäuser zu verkaufen. Dieser Alarm wurde in Brasilien von Prof. Volnei GARRAFA, Dozent für Gesundheitswissenschaft an der Universität von Brasilia ausgelöst¹. Dieser Anklage-Artikel ist Ausgangspunkt für unsere Ermittlungen im Handel mit menschlichen Organen. Beginnen wir mit einer Feststellung Volnei GARRAFAS, der eine noch unbeantwortete Frage folgt: „In den Ländern der ersten Welt existiert ein großes Ungleichgewicht zwischen Nachfrage und Organ-Angebot, so GARRAFA. Vor allem Europa soll den armen Ländern eine moralische Antwort auf die Tatsache geben, daß die Zahl der Transplantationen weit höher liegt als die offiziellen Zahlen der Organspenden“².

2 Dokumentation, bezeichnende Vorfälle und zu verifizierende Hypothesen

Die Suche nach Unterlagen zu diesem Thema war nicht einfach. Obwohl die erste Äußerung einer offiziellen Stelle über den Handel mit Transplantationsorganen von Menschen bereits aus dem Jahre 1971³ stammt, beginnt

man erst jetzt über dieses Problem zu sprechen, wobei die Berichte der verschiedenen Regierungen zurückhaltend sind.

Das Material, das wir gefunden haben, kann in 3 Gruppen eingeteilt werden:

1. Artikel aus Zeitschriften (Illustrierte, Tageszeitungen usw.)
2. Berichte von nicht-staatlichen Organisationen
3. Offizielle Berichte von Regierungen und internationalen Organisationen

Die Informationen aus *Gruppe 1* sind zahlreich, sie wiederholen sich manchmal, und verwickeln häufig in die Polemik bekannte Persönlichkeiten, die in ihren Ländern anerkannte Autoritäten auf dem in Rede stehenden Gebiet sind, wie Ärzte, Politiker usw.

Das Problem bei dieser Art von Informationen besteht in der großen Schwierigkeit, die Aussagen zu überprüfen. Nachdem wir das Material durchgesehen haben, können wir einige Konstanten festhalten:

1. In einigen Ländern besteht der Verdacht, (mit schwerwiegenden Indizien), daß ein einschlägiger Organhandel offenbar akzeptiert und gefördert wird.
2. Einige Länder werden immer wieder als Lieferanten von Transplantationsorganen genannt, nämlich Brasilien, Argentinien, Mexiko, Indien, Paraguay.
3. Die USA und Italien scheinen als jene Länder auf, welche die meisten Organe erhalten und wo der Handel mit ihnen am häufigsten vorkommt⁴.
4. Als Hauptquelle für diesen illegalen und unerlaubten Handel werden Straßenkinder und andere Randgruppen der Gesellschaft genannt (Prostituierte, Homosexuelle, geistig und körperlich Behinderte usw.)⁵.
5. Man bezieht sich auf mögliche geheime oder kriminelle Organisationen, die solche Organe sammeln und verkaufen.

Die Dokumentation aus der *Gruppe 2* stützt sich auf Berichte von 3 NGO (außerparlemen-

tarische Organisationen), nämlich CODEHUCA (Kommission für die Verteidigung der Menschenrechte in Mittelamerika), AIGD (Internationale Vereinigung demokratischer Juristen) und die OMCT (Weltorganisation gegen die Folter).

Wegen der Bedeutung dieser Dokumente unterziehen wir sie einer detaillierten Analyse.

1. Bericht der CODEHUCA: Die CODEHUCA ersuchte die Internationale Vereinigung gegen die Folter, eine Delegation nach Guatemala zu entsenden, um einen möglichen Handel mit Kindern in die Vereinigten Staaten zum Zweck geheimer Transplantationen zu untersuchen. Im Schlußbericht werden Vorfälle von Kindesentführungen in die Vereinigten Staaten, aber auch nach Israel erwähnt. Der Preis der verkauften Kinder soll US\$ 75.000.-/Kind betragen.

Ähnliche Meldungen kamen aus Honduras, Paraguay und Haiti. Dieser Handel soll über illegale Adoptions-Organisationen laufen, die auch in Chile, Argentinien, Kolumbien und Uruguay agieren. Man rechnet, daß jedes Jahr aus den involvierten lateinamerikanischen Ländern auf illegale Weise zweihundert bis siebenhundert Kinder „exportiert“ werden (es wird von einem 10-jährigen Kind berichtet, das nach der Flucht von seinen Entführern erzählte, es sei von einigen Familien „besichtigt“ worden, die es kaufen wollten)⁶.

2. Bericht der AIGD: Im Jahre 1988 hat die AIGD die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen informiert, daß sie in Haiti 12 vertrauliche Beweise für einen Handel mit Kindern für den Organmarkt durch Entführungen und falsche Adoptionen – gesammelt habe. Laut AIGD habe ein ehemaliger Minister (der ungenannt bleiben will) einen Export von Kindern nach Frankreich angezeigt, wo sie für Transplantationen und für die Erzeugung kosmetischer Mittel „verwendet“ werden sollten. Außerdem (immer gemäß dem ehemaligen Minister) soll zwi-

schen 1978 und 1982 in Haiti eine Entführerbande operiert haben, die auf den Verkauf menschlicher Organe spezialisiert war⁷.

Gemäß AIGD wurde dieser Handel auch in Richtung USA und Kanada organisiert. Haitische Ärzte, die in Port-au-Prince interviewt wurden, sprachen von einer Organisation in Miami.

3. Bericht der OMCT: Die OMCT stellte auf einer Tagung europäischer Transplantationspezialisten, die in Brasilia stattfand, einen mit Daten versehenen Bericht über den Organhandel vor. Nach Eric SORTAS, dem Präsidenten des OMCT, bestätigen die Daten die Existenz eines solchen weltweiten Handels. Als Lieferländer werden Brasilien, Mexico, Argentinien, Peru, Kolumbien, Honduras, Nepal, Hongkong, Albanien und Polen genannt und als Abnehmerländer die USA, die Schweiz, Deutschland und besonders Italien. Laut dem Bericht wurden 1993 an die 3000 Kinder nach Europa gebracht. Auch in Mexico wurden – bedingt durch die Nachbarschaft zu den USA und durch die großen medizinisch-technologischen Ressourcen – Transplantationen ohne irgendeine Regierungskontrolle erlaubt⁸.

Das Problem mit den Daten der *Gruppe 2* ist das gleiche wie bei der *Gruppe 1*. Es bleibt jedoch die Tatsache, daß die 3 erwähnten Organisationen weltweit als vertrauenswürdig anerkannt sind. Die Daten der *Gruppe 3* bestehen aus:

1. Bericht des Justizministeriums der Republik Paraguay über internationale Adoptionen und internationalen Handel mit Kindern, verfaßt von Rosa Maria ORTIZ am 2.2.1994;
2. Anfechtung des obgenannten Berichtes durch den Informations- und Kulturdienst der Vereinigten Staaten (USIS), offizielles Organ der Nordamerikanischen Regierung. Der Bericht bestreitet die Möglichkeit eines illegalen Handels mit Kindern, sowie geheime Transplantationen.

3. Bericht an die Menschenrechtskommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen, verfaßt von Vitit MUNTABHORN am 12.1.1993.

Eine Analyse dieser Dokumente ergab interessante Elemente:

1. Der offizielle Bericht der paraguayischen Regierung, in dem behauptet wird, daß 95% der im Lande adoptierten Kinder für die Vereinigten Staaten bestimmt sind und der einen als noch zu verifizierenden Verdacht auf Organhandel erwähnt, hat eine offizielle Reaktion der Nordamerikanischen Regierung ausgelöst.
2. Die offizielle Antwort ist im Bericht LSI207 vom 19.4.1994 enthalten, also 2 Monate nachdem die Behauptungen der paraguayischen Regierung veröffentlicht wurden. Der Bericht stützt sich auf die Meinung von 2 Spezialisten, nämlich Dr. William PIERCE von der Nationalen Kommission für Adoptionen und von Dr. Pedro VERGNE, Direktor des Programmes für Organtransplantationen des United Network for Organ Sharing. Beide Spezialisten bekräftigen, daß in den USA die illegale Adoption eines Kindes schon aus technischen Gründen ebenso unmöglich ist, wie die Durchführung geheimer Transplantationen, weil die einschlägigen Institute von der Regierung kontrolliert werden. Auch sind Organtransplantationen von Kindern auf Erwachsene nicht möglich.
3. Die Vereinten Nationen sind bei ihren Berichten sehr sorgfältig und man kann annehmen, daß sie besonders vorsichtig waren, bevor sie in ihrem Bericht⁹ zum Organhandel das von Vitit MUNTABHORN verfaßte Kapitel aufnahmen.

Der Bericht enthält 3 grundsätzliche Erwägungen:

- es gibt einen Handel mit Kindern;
- es gibt einen vermuteten Handel mit Transplantationsorganen;

- Es gibt keinen geeigneten gesetzlichen Schutz, der diesen Handel verhindern könnte.

Der Bericht endet mit folgenden Empfehlungen:

- Der Verkauf von Kindern soll besser überwacht werden;
- Spezielle Gesetze gegen den Verkauf von Kindern sind nötig;
- Es sind Gesetze, die den Verkauf von Organen verbieten, nötig, die auf wirksame und effektive Weise angewendet werden müssen;
- Eine Zusammenarbeit zwischen der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen, Interpol und den nationalen Polizeibehörden zur Verteidigung der Kinder ist nötig;
- Verbesserung der Verbindungen zwischen Interpol und den nationalen Polizeibehörden zur Bekämpfung von geheimen internationalen Organisationen, die Kinder ausbeuten;
- Rigorose Anwendung des Ärzte-Kodex;
- In jedem Land soll eine Spezialeinheit der Polizei zur Untersuchung von Kindesmißbrauch eingerichtet werden;
- In jedem Land soll ein Zentralarchiv mit Daten von verschwundenen Kindern eingerichtet und zwischen den Regierungen ein Informationsaustausch über solche Daten gefördert werden¹⁰.

Zusammenfassend:

Nach diesen Berichten müssen wir von einem schweren Verdacht auf einen Handel mit Transplantationsorganen sprechen. Richtig ist, daß unwiderlegbare Beweise fehlen, doch die große Zahl und die Glaubwürdigkeit der erwähnten Dokumente sind schwerwiegende Hinweise auf diesen Handel.

3 Analyse der Ursachen

Die ursprüngliche Annahme, daß es einen Mangel an Transplantationsorganen gibt, wurde durch einschlägige Statistiken bestätigt. Tatsächlich gibt es in Ländern, in denen (aus ver-

schiedenen Gründen) kein Organengpaß besteht, viel seltener Gerüchte über den Handel als in Ländern, in denen dieser Mangel stark ausgeprägt ist. Das gilt besonders für jene, die von den „Jagdreisen nach Nieren“ betroffen sind. Und der bedrückenden Nachfrage folgt ein noch anmaßenderes Angebot armer Menschen aus der Dritten Welt, die bereit sind, gegen Bezahlung ihre eigenen Organe anzubieten. Die Gründe für den Mangel an Spendern sind verschieden und wir verweisen auf die einschlägige Bibliographie.

Eine weitere Ursache scheint uns in der Gesetzgebung zu liegen, und zwar bei den Nachfrage- wie bei den Anbieterländern. Während es bei ersteren an Verbotsgesetzen fehlt (z.B. „Jagdreisen nach Nieren“), fehlt es bei letzteren am Willen des Gesetzgebers, sich einer Einkommensquelle zu berauben.

4 Ethische Bewertung

Die Debatte über die Berichte und Beweise bezüglich dieses Handels ist in der Tat offen und weit fortgeschritten. Es stellt sich die Frage, ob es nicht besser wäre, die menschlichen Organe handelsfähig zu machen, um dadurch eine Verfügbarkeit zu schaffen, die heute fehlt. Doch bleibt die Frage: kann der menschliche Körper als Privateigentum angesehen und daher handelsfähig sein?

Ein Artikel von C.FOX und P.SWAZEY¹¹ spiegelt die herrschenden Meinungen wider. Die Autoren beschreiben den kulturellen Verlauf der Idee einer Transplantation als Spende mit allen positiven und schwierigen Seiten (man spricht sogar von einer Spendentyrannei) bis hin zur Transplantation als Handelsprodukt. Für letztere Theorie sind Organe Konsumgüter und es wäre gut, den Markt zu öffnen, der infolge der Knappheit zum Altruismus ermutigen könnte. (Diesbezüglich denkt man an einen künftigen Markt für tote Spender, die ihre Organe noch zu Lebzeiten zugunsten Dritter zur Verfügung gestellt haben). Bei einem Markt

für Organe bestünden die positiven Effekte in einer Senkung der sozialen Kosten bei Transplantation (größere Effizienz und eine bessere Koordination bei Austausch und Verteilung), sowie in der Verhinderung vielen Leidens und des Todes für viele Menschen. Für die Anhänger der Transplantation als Spende können die Vorteile des Marktes nicht die Bedeutung einer Spende (Selbstlosigkeit, Solidarität) aufwiegen. Darüber hinaus gibt die Optik des Marktes vor, die Angst des Spenders zu überwinden (die Angst, vorzeitig als tot erklärt zu werden, die Angst vor Entstellung oder Entmenschlichung der Spender; mögliche Probleme religiöser Art...), während man in Wirklichkeit die Angst verdrängt. Die Autoren beziehen gegenüber dieser Meinung keine Stellungnahme.

Einer der überzeugtesten Anhänger der Möglichkeit und der Wichtigkeit eines Marktes ist J. HARRIS¹². Für ihn ist es grundfalsch, die Organe nicht als Eigentum und daher nicht als Handelsware zu betrachten. Man kann mir widersprechen, meint HARRIS, daß auf diese Weise die Ausbeutung unter den Menschen und besonders zwischen den Armen und den Reichen, sowie Abhängigkeit und Armut verstärkt werden.

Man kann sicherlich nicht von Ausbeutung von jemandem sprechen, der zustimmt, „ausgebeutet zu werden“. Und man kann auch nicht der Meinung sein, daß der Verkauf von Organen das Problem der Armut, die Abhängigkeit der armen von den reichen Ländern löst. Warum also soll man den Armen die Art des Eigentums und Gutes verbieten? Und schließlich, worin liegt der Unterschied zwischen kostenlos oder gegen Bezahlung ausgebeutet zu werden?

HARRIS schlägt vor, ein Ordnungssystem zu schaffen (Kauf und Verkauf von Organen), das von einem einzigen Kontrollorgan ausgeübt wird (nationale Gesundheitsbehörde?), das die Preise koordiniert und festsetzt, und regionale und zwischenstaatliche Märkte schafft, damit

eine mögliche Ausbeutung vermieden wird und die Schwächsten geschützt werden.

Die Möglichkeit einer Kommerzialisierung von Organen würde unvermeidliche Vorteile bringen, aber auch den Altruismus sowie das Gemeinwohl fördern.

Der Autor schließt wie folgt ab: „Zu unterstreichen ist, daß die grundsätzliche Rechtfertigung für einen einzigen Markt mit menschlichen Organen und Geweben nicht mit dem ethischen Fundament eines freien Marktes gleichgesetzt werden darf, sondern eine Antwort auf den moralischen Druck ist, der durch die Nöte jener hervorgerufen wird, die nach Organen verlangen, um ihr Leben zu retten oder um im öffentlichen Interesse Forschung zu betreiben“.

Auf diese Ansicht geht R. SAPIENZA ein, nicht um sie zu verteidigen, sondern um die Debatte zu erweitern und ihr eine juristische Perspektive hinzuzufügen¹³. Der Autor gibt daher einen Überblick über die Kriterien an einem möglichen Organmarkt:

- a) Beginnen wir damit, daß einer der Gründe für das Verbot des Verkaufes von Nieren darin besteht, daß jemand, der auf seine Niere verzichtet, sein Leben riskiert, auch wenn es sich dabei um kein besonders großes Risiko handelt. Mit einer einzigen Niere kann man überleben. Die kritische Stimme fragt, warum dieses Risiko als annehmbar betrachtet wird, wenn die Spende aus Liebe, nicht aber wenn sie gegen Entgelt erfolgt.
- b) Auf der anderen Seite, wenn die Spende aus Liebe oder Zuneigung erfolgt, dann ist sie nur annehmbar wenn:
 - der Spender keinen erheblichen Schaden erleidet;
 - die Zustimmung gültig und im zurechnungsfähigen Zustand erteilt wird;
 - der Spender auf emotionaler Ebene einen erheblichen Nutzen hat, weil er fühlt, eine gute Tat vollbracht zu haben;
 - der Spender nach dem Eingriff keine Probleme hat.

Wer kann nun sagen, daß alle diese Bedingungen nicht auch für den gelten, der seine Niere verkauft?

- c) Befassen wir uns jetzt mit dem Argument der Zustimmung eines Nierenspenders. Eines der Motive, so sagt man, weshalb es unrichtig sei, den Verkauf einer Niere zu erlauben, besteht darin, daß derjenige, der seine Niere verkauft, in der Regel nicht frei ist, sondern wegen seiner Armut aus Not handelt. Das ist wahr. Aber, so das kritische Argument, ist jener frei, der seine Niere einem Angehörigen spendet? Bei allen Transplantationen, die auf verwandtschaftlichen Beziehungen oder auf Liebe beruhen, gibt es eine unerläßliche Vorbedingung, nämlich die Eignung des Spenders. Die Entscheidung zu spenden, basiert nämlich nicht auf dem Ideal eines universalen Altruismus. Die Genußnutzung des Spenders kommt daher, einen geliebten Menschen leben zu sehen und nicht irgendeinen. Auch wenn dieser emotionale Druck sehr verschieden von dem des Wunsches nach Verdienst ist, so bleibt doch, daß dieser oder jener Druck dann besonders stark wird, wenn keine andere Behandlung möglich ist. Ist also an der Gültigkeit der Zustimmung zu zweifeln, wenn sie in beiden Fällen aus emotionalem Druck erfolgt?
- d) Analysieren wir nun das Problem aus einer anderen Perspektive. Wenn jemand das Recht hat, ein Gewebe oder ein Organ aus Gründen der Zuneigung zur Verfügung zu stellen, warum darf er es dann nicht gegen Bezahlung tun? Es ist unlogisch zu behaupten, daß eine Bezahlung mit Geld alles illegal oder unmoralisch werden läßt. In beiden Fällen ist die medizinische Abwicklung bei der Entnahme einer Niere die gleiche. Aufgabe einer Sozialgesetzgebung sollte es sein, jene zu begünstigen und zu schützen, denen sie zu dienen hat. Ist der Staat der Auffassung, daß die Entnahme einer Niere schädlich ist, dann hat er das Recht und die Pflicht, dies in allen Fällen zu verbieten.

- e) Man sagt, wenn man die Möglichkeit zuläßt, die eigenen Organe für Transplantationen zu verkaufen, begünstige man indirekt den Handel mit diesen Organen und daher den Profit von Einzelpersonen. Wenn es aber die Absicht des Staates ist, diesen Handel zu verhindern, dann hat er auch gegen jene vorzugehen, die aus diesen Organtransaktionen Profit schlagen. Die Sittenwidrigkeit des Organhandels entsteht nicht durch Organspende gegen Bezahlung, sondern durch die kommerziellen Aktivitäten, die sicherlich zur Ausnützung der Not der „Spender“ und der der „Empfänger“ führen könnten, nicht aber durch die Handlung an sich.

Gegen einen Markt für Organe spricht sich entschieden G.BERLINGUER¹⁴ aus. Der Autor kritisiert in scharfen Worten vor allem die Vorschläge von J.HARRIS und klassifiziert sie als Versuch einer rechtfertigenden Bioethik. Einer Bioethik, die dazu neigt, die Begriffe zu verharmlosen, um unmoralische Vorschläge zu verbreiten.

BERLINGUER weigert sich, den menschlichen Körper als Gegenstand des Eigentums und des Handels anzusehen, was er für ein grundsätzliches moralisches Prinzip hält. Auf diesem Prinzip, so beteuert er, wurde ein Großteil der modernen Zivilisation aufgebaut, so die habeas corpus Akte, die Abschaffung der Sklaverei, das Recht auf Gesundheit und die Befreiung der Frau. Heute, wo sich viele Bande der Solidarität auflösen scheinen, kann dieses Prinzip eine der Grundlagen dafür sein, daß sich jeder als Teil der Menschheit wiedererkennt, wohingegen seine Verletzung uns um Jahrhunderte zurückwirft. Für den Autor ist die Alternative:

- a) Vorsorge und Heilung. Man kann die Nachfrage nach Transplantationen durch Vorsorge und wirksame Therapie bedeutend reduzieren.
- b) Organisation der Nachfrage. Ein großer Teil der Angebote wird weder gesammelt noch

- genützt, weil die Vernetzung der Einrichtungen fehlt und Autarkie, Eifersucht und Isolation vorherrschen.
- c) Förderung der Spende und der Gesetzesregelung im „stillen Einverständnis“. Es ist notwendig, eine ständige Bildung und Information anzubieten, um die Einwilligung zur Spendung zu erhalten und – wie beispielsweise in Frankreich – durch ein Gesetz festzulegen, daß alle Organe von Toten immer entnommen werden können, ausgenommen die betreffende Person hat zu Lebzeiten einen entgegengesetzten Willen geäußert (Widerspruchslösung).
 - d) Entwicklung der Forschung auf dem Gebiete der Xenotransplantationen und vor allem bei künstlichen Geweben und Organen. Der Gebrauch von Organen, die von mehr oder minder ähnlichen Wesen stammen, wirft ebenfalls moralische Fragen auf. Doch könnte dies auch als Weg betrachtet werden, der dem Kauf und Verkauf menschlicher Organe vorzuziehen ist. Auch diese Techniken sollten vorangetrieben werden.

Schließlich meint der Autor, daß der Weg zum Markt, schon weil er eine leichte und schnelle Abkürzung bietet, die Impulse für stabile und weitgreifende Lösungen eher behindert. Das gegenwärtige Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von Organen darf nicht zur Zerstörung moralischer Grundsätze führen und kann nicht Entwicklungen blockieren, die annehmbare Lösungen anbieten und die einen gemeinsamen Fortschritt von Wissenschaft und Solidarität fördern.

Die **Position der Katholischen Kirche** besagt, daß eine Kommerzialisierung der Organe vom ethischen Standpunkt gesehen unannehmbar ist, weil der menschliche Körper nicht als Eigentum angesehen werden kann, so wie ein jeder von uns nicht alles machen kann, was er will. Gott ist der Herr des Lebens. Der Mensch ist Person und deshalb immer Ziel und nie Mittel. Der Körper ist wesentlicher Bestandteil der

Person und daher Quelle moralischer Forderungen¹⁵.

Der Verkauf von Organen wird a priori abgelehnt. Das Lehramt der Kirche preist den Dienst am Leben, der soweit geht, die Spende und die Transplantation von Organen anzunehmen. Jede Transplantation von Organen ist jedoch ein Eingriff, der in gewisser Weise die körperliche Integrität des Spenders verringert¹⁶.

Denken wir an die schweren Schäden, welche die „bezahlten“ Spender aus armen Ländern erlitten haben, die die reichen Länder beliefern und die einer Entnahme unter oft illegalen, unmoralischen Bedingungen ohne medizinische Kontrolle unterzogen wurden mit dem Risiko, bei der Organspende an die „Mächtigen der Welt“ das Leben zu verlieren.

Die Kirche verteidigt in diesen Situationen die Rechte der Armen und stimmt lediglich der kostenlosen Organspende zu, als Zeichen des Respektes vor der Würde des menschlichen Körpers, die immer bewahrt bleiben muß. Daher fordert die Kirche, daß eine Organtransplantation nicht vorgenommen werden darf, wenn sie die Gesundheit des Spenders oder des Empfängers gefährdet.

Betrachten wir nun die ethischen Grundsätze, die Transplantationen legitimieren. Die Transplantationen an der eigenen Person (Autoplastik) sind durch das Totalitätsprinzip gerechtfertigt. Auch Transplantationen auf andere Menschen sind aufgrund des Prinzips der Solidarität, das alle Menschen vereint und wegen der Liebe, welche die Spende dem Leidenden zuwendet, erlaubt.

Für die Kirche ist die unentgeltliche Solidarität nicht reiner Sentimentalismus des Augenblickes, vielleicht auch durch das Leid beeinflusst, sondern höchste Entschlossenheit, sich für das allgemeine Wohl einzusetzen. Bei Transplantationen sind der Solidarität Grenzen gesetzt, die nicht überschritten werden dürfen, da sonst die physische Integrität des Spenders leiden könnte. Die Entnahme von Orga-

nen für homoplastische Transplantationen kann vom lebenden Spender nur unter der Voraussetzung angenommen werden, daß das entnommene Organ für ihn keine schwere Behinderung bringt. Die Entnahme von einem Toten darf nur vorgenommen werden, nachdem der Hirntod diagnostiziert wurde.

Man betont den Hingabe-Charakter der Spende gegen die Möglichkeit der Spekulation oder mißbräuchlichen Vermarktung mit dem Risiko der Instrumentalisierung des manchmal durch die Armut gezwungenen Spenders. Die unentgeltliche Organspende offenbart unsere fundamentale Berufung zur Liebe. Die Spende von Organen nach dem Tod ist ein wahrhaftiger Akt großer Liebe, ein Zeichen der Nachahmung Christi, der sein Leben für uns hingegeben hat.

Interessant ist die Frage der möglichen Annahme einer Art Entschädigung von seiten des Spenders. Pius XII. hielt es – als er über die Spende von Hornhaut und von Bluttransfusion sprach – für ein großes Verdienst des Spenders, eine Entschädigung abzulehnen, nicht aber notwendigerweise für eine Schuld, wenn er sie annimmt¹⁷.

5 Internationale Gesetzgebung

Ein Blick auf die internationale Gesetzgebung über den Handel mit Transplantationsorganen signalisiert die Existenz verschiedener Versuche, doch wenige und unsystematisch, konkrete Ergebnisse:

Weltgesundheitsorganisation: Die GUIDING PRINCIPLES von 1991 geben Hinweise auf das Verbot eines Handels mit Transplantationsorganen.

Europarat: Ministerkomitee 1978, Artikel 09, Resolution R (78) 29; STEERING Komitee über Bioethik AS/Soc (1994) 20 vom 16. Juni 1994. Es wird bekräftigt, daß die Organe nicht Profitquelle sein können und daß die Organe nicht zum Zweck des Gewinnes für Transplantationen bereitgestellt werden dürfen.

Europäische Union: Resolution des Europarates vom 14.9.1993. Sie enthält: a) den Grundsatz der Unentgeltlichkeit der Spenden und der Anonymität des Spenders gegenüber dem Empfänger; b) den Grundsatz des Ausschlusses jeglicher zusätzlichen Vergütung für einen medizinischen Eingriff zur Organtransplantation.

Französische Gesetzgebung: AVIS vom 13.12.1990. Die Position im französischen Recht ist klar. Die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers ist nicht erlaubt. Der Körper ist keine Sache und kann daher auf diese Weise nicht genutzt oder nutzbar gemacht werden.

Abschließend zu diesem juristischen Exkurs kann festgestellt werden, daß die internationale Staatengemeinschaft – jedenfalls bei der internen Gesetzgebung – der grundlegenden Überzeugung ist, daß der Organhandel zum Zwecke der Transplantationen entschieden zu verbieten ist. Das heißt jedoch nicht, daß nicht ein einvernehmliches Instrument nötig wäre, das, den Richtlinien der bisherigen Entwicklung folgend, den Organhandel mit unmißverständlichen Formulierungen verbieten würde. Dabei sollten auch die Grenzbereiche möglicher juristischer Konflikte geklärt werden, um eine Bestrafung der Schuldigen zu ermöglichen.

6 Unsere Position

Die Logik der Organspende, wie sie von der Kirche nachhaltig unterstützt wird, soll mit einer aufmerksamen Schulung des Gewissens einhergehen, das heißt, die Sensibilität für die Verfügbarkeit zur Solidarität ist zu fördern. Im Lichte dieser Überlegungen gibt es Platz für eine ständige Erziehung zur Spende eigener Organe, die, einem anderen eingepflanzt, Heilung bringen. Außerhalb der Spende gibt es nur eine einzige Möglichkeit, die eine Transplantation aktualisiert: den Organhandel, Alptraum für den technisch-medizinischen Fortschritt und Gipfel der menschlichen Gierde.

Der Körper kann weder als eine simple, physische oder biologische Einheit behandelt werden, noch können seine Organe wie Verkauf oder Tauschartikel verwendet werden, andernfalls wäre eine Organtransplantation nicht mehr ein Akt der Spende, sondern eher eine Beraubung oder eine unrechtmäßige Ausbeutung eines Körpers.

Das grundlegende Kriterium für die Ethik der Transplantation ist also der Respekt vor dem Menschen als Person. Die Transplantation steht im Dienste des Lebens, nämlich es zu verteidigen und zu begünstigen. Diese Logik soll die Mediziner anhalten, für einen Eingriff einige Bedingungen einzuhalten: Die ausdrückliche und formelle Zustimmung des lebenden Spenders – oder falls er tot ist – seiner engsten Angehörigen – weiters sollte der Empfänger nach der Transplantation ein „harmonisches“, menschliches Leben haben. Und schließlich geht es um eine gute Planung der Ausrüstung und der Wirtschaftlichkeit.

Wir sind gegen jede Form eines Organhandels. In einer Welt, die von technologischer Effizienz dominiert wird, ist es nötig, zum Wert einer völlig unentgeltlichen Organspende zurückzukehren. Man muß die Kultur der Spende fördern, indem man Gruppen von Freiwilligen bildet, die zur Spende bereit sind. Auch die Erstellung nationaler und internationaler Gesetze ist wie folgt zu fördern:

- a) Regelung der Organspende;
- b) jede Art von Organaustausch aus Gewinnzwecken ist zu verbieten;
- c) die Ursachen für diesen Handel sind zu verhindern bzw. ist ihnen zuvorkommen;

- d) Personen, Einrichtungen oder Staaten, die an diesem Handel teilnehmen, sind anzuzeigen und zu bestrafen.

Seminararbeit am Camillianum, Internationales Institut für Krankenseelsorge vom Wintersemester 1996/97

Seminarleiter: Prof Antonio PUCA M.E.

Referenzen

1. Vgl. Avvenire, 10.8.1994, S 13
2. ebenda
3. Vgl. MERRIL J.P., Statement of the Committee on Moral and Ethics of the Transplantation Society, Annual International Medicine, Vol 75, 1971, SS 631-633
4. Vgl. CHIANURA C., Il ministro: „Temo per i bimbi clandestini“, in La Repubblica, 23.9.1994, „Le Figaro“ 14.1.1944, S 24
5. „La Repubblica“ 2.9.1994, „The Independant“ 13.8.1994, „Hoy“ 15.12.1993, „Opinion“ 15.12.1995.
6. Rapporto CODEHUCA, 25.8.1988.
7. Rapporto AIGD, 12.8.1988
8. Rapporto OMCT, 8.3.1994
9. Rapporto E/CN, 4/1993/67, 12.1.1993, „Sale of Children“, S 18-22
10. Ebenda S 41-48
11. FOX C., SWAZEY P., „I trapianti di organi e di tessuti. Aspetti socioculturali“, in „Kos“, Vol IX (1994) n.97, S 16-23
12. HARRIS J., „Un mercato per gli organi“, in „Le Scienze Quaderni“ n.88, S 81-83
13. SAPIENZA R., „La legislazione internazionale“, in „Bioetica e Cultura“, Vol V (1996) n.09, S 61-67
14. BERLINGUER G., „Contro il mercato degli organi“, in „Le Scienze Quaderni“, n.88 (1996), S 84-85
15. Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Vatikanstadt, 1995, Nr 38-41
16. ebenda, Nr. 83
17. ebenda, Nr. 90, Fußnote Nr. 189

Konsensvorschlag :

Richtlinien zur Organentnahme von Non-Heart-Beating (NHB) – Donors

Die Praxis, Organe nicht nur von Hirntoten, sondern auch von NBH-Spendern zu entnehmen, hat in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung gefunden. Dabei fehlen noch – im Gegensatz zur Organentnahme bei Hirntoten – genaue Richtlinien über eine exakte Vorgangsweise.

Aus anthropologisch-ethischer Sicht soll in Erinnerung gerufen werden, daß der Individualtod immer mit dem irreversiblen Ausfall des gesamten Gehirns gleichzusetzen ist. Am Gehirn hängt die Integrationsleistung des lebendigen Organismus. Mit der Zerstörung des gesamten Gehirns (Hirnrinde und -stamm) hat ein Mensch sein irdisches Leben irreversibel hinter sich. Der Tod ist eingetreten.

Der Ausfall des Gehirns kann aus verschiedenen Ursachen eintreten: in der Mehrheit der Fälle wird durch einen Herzstillstand der Kreislauf unterbrochen. Im Anschluß daran kommt es unweigerlich zum Untergang des gesamten Gehirngewebes. Medizinwissenschaftlicher Erkenntnis gemäß tritt dieser Funktionsausfall in 5 bis 10 Minuten ein. Ein spezieller Nachweis des Hirntodes erübrigt sich in diesen Fällen, da er eine notwendige Konsequenz des Herzstillstandes darstellt.

Ein irreversibler Hirnfunktionsausfall kann aber auch im Rahmen einer Primär- oder Sekundärschädigung des Zerebrums erfolgen (Hirntod im eigentlichen Sinn).

Es gibt aber nicht zwei Arten von „Totsein“, Kreislaufftod und Hirntod, sondern immer ein und denselben Tod, der letztlich mit dem Untergang des Gehirns besiegelt wird.

Der österreichische Gesetzgeber betont, daß „es zulässig ist, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen“. Die Todesfeststellung obliegt einem zur „selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt“. Für die Vorgangsweise bei der Hirntodfeststellung gibt es eine Empfehlung des Obersten Sanitätsrates.

Wie die Verhaltensnorm beim NHB-Spender sein soll, ist noch nicht festgelegt. Erschwerend ist auf der einen Seite die Tatsache, daß sich die möglichen NHB-Spender von unterschiedlichsten Patientengruppen her rekrutieren.

Folgende Patienten kommen für eine non-heart-beating-Organentnahme in Frage:

- a) Tot eingelieferte Patienten
- b) Patienten, die erfolglos reanimiert werden und das Reanimationsteam die Irreversibilität bestätigt und damit den Tod feststellt (der Reanimationsarzt darf nicht dem Transplantationsteam angehören).
- c) Patienten mit massiver akuter intrakranieller Pathologie ohne Therapiemöglichkeit, die einen Herzstillstand erleiden, ohne daß vorher der Hirntod diagnostiziert werden konnte.
- d) Herzstillstand in der „Schwebezeit“ zum Hirntod.

Andererseits muß die Organentnahme innerhalb eines bestimmten zeitlichen Rahmens erfolgen, um funktionsfähige Transplantate zu erhalten. Um mögliche Spannungen zu verhin-

dern, wäre es sinnvoll, ein einheitliches Vorgehen festzulegen, wie mit den Spendern umgegangen werden soll.

Vorschlag für das klinische Vorgehen:

Es wird eine korrekte kardiopulmonale Reanimation durchgeführt, möglichst unter ACLS-Bedingungen: Intubation, Sauerstoff-Beratung, Sicherstellung eines i.v.-Weges mit entsprechender Infusion, optimale Druckmessung, ev. maschinelle Herzmassage bzw. Einsatz von Katecholaminen, ev. Pufferung (?), Schrittmacheranwendung. Bleiben diese Reanimationsmaßnahmen über einen bestimmten Zeitraum hindurch erfolglos (z.B. 30'), wird die Frage nach dem Abbruch aufgeworfen. Die fehlende Pupillenreaktion gilt unter diesen Umständen als klinischer Parameter für eine eingetretene Hirnschädigung. Sind diese im Verlauf der CPRA lichtstarr und max. erweitert, wird ohnehin von einer Weiterführung der Wiederbelebung abgesehen. Sind aber noch Reaktionen vorhanden, kann man sich unter gegebenen Umständen auch zu einem Behandlungsabbruch entscheiden und läßt dann den Patienten versterben, d.h. die Reanimationsmaßnahmen dürfen nicht mehr aufgenommen werden. Um mögliche Mißbräuche zu vermeiden, schlagen wir vor, daß, will man den Sterbenden als NHB-Spender im An-

schluß Organe entnehmen, vor Beendigung der RA ein zweiter unabhängiger Arzt mit Berechtigung zur Berufsausübung zugezogen werden sollte, um diese Entscheidung zum Abbruch zu objektivieren.

Gleichzeitig kann das Transplantationsteam verständigt werden.

Dann sollte nach Beendigung der Reanimationsmaßnahmen eine Frist von mindestens 10' verstreichen. Nochmals sollte die Pupillenreaktion überprüft werden. Sind diese lichtstarr, entrundet bzw. max. erweitert, könnte mit dem weiteren Vorgehen begonnen werden.

ACLS: Advanced cardiac life support

CPRA: Cardio-pulmonale Reanimation

An diesem Konsens haben mitgearbeitet:

N. AUNER, Ärztin für Allgemeinmedizin

J. BONELLI, FA für Innere Medizin (Kardiologie)

K. LENZ, FA für Innerer Medizin

(Intensivmedizin)

F. MÜHLBACHER, FA für Chirurgie

(Transplantationschirurgie)

G. PÖLTNER, Philosoph

E.H. PRAT, Medizinethiker

F. STEINBEREITHNER, Anästhesist

G. VIRT, Moraltheologe

SCHWERPUNKT *NON-BEATING-HEART DONORS*

Transplantation mit Nieren von Non-heart-beating donors

H. POKORNY, S. ROCKENSCHAUB, H. PUHALLA,
W. BLAICHER, Th. WINDHAGER, G. BERLAKOVICH,
R. STEININGER, F. MÜHLBACHER

ZUSAMMENFASSUNG

Die Erfahrung zahlreicher Transplantationszentren hat gezeigt, daß die Organentnahme von NHB-Donors einen deutlichen Beitrag zur Vergrößerung des Spenderpools leisten könnte. Die Arbeit vergleicht die Ergebnisse der Nierentransplantationen von NHB Donors mit den „konventionellen“ heart beating donors nach eingetretenem Hirntod. Auch die Wiener Daten bestätigen, daß die Verwendung der Nieren von Spendern, die an Herz-Kreislauf-Stillstand verstorben sind, gerechtfertigt ist. Der Mangel an Organen sollte aber vornehmlich durch eine bessere Identifikation von potentiellen Spendern behoben werden.

Schlüsselwörter: Nierentransplantation, NBH-Donors, HB-Donors, Mangel an Spenderorganen

ABSTRACT

The experience of very many transplantation centers has shown that the transplantation of organs from NHB-Donors has considerably contributed to enlarging the donor pools. This article compares the results of transplantations from NHB-Donors with those of the „conventional“ heart beating donors after brain death. The Viennese data also shows that the use of kidneys from donors who die of circulatory-heart failure is justifiable. The scarcity of organs should, however, be mainly solved by a better identification of potential donors.

keywords: kidney transplantation, NBH-donors, HB-donors, scarcity of donor organs

Unter dem Aspekt des bestehenden Organmangels gewinnen die sogenannten „non heart beating donors“ (NHBD) zunehmende Bedeutung als potentielle Quelle für Organe zur Nierentransplantation. Die Erfahrung zahlreicher Transplantationszentren in Europa^{1,2,3}, Japan⁴ und den Vereinigten Staaten⁵ hat gezeigt, daß die Entnahme von Organen von NHBD einen deutlichen Beitrag zur Vergröße-

zugeschickt worden. Anhand der Klassifikation von KOOSTRA ET AL⁶ (Tabelle 1) konnten wir 2 Kategorien von NHBD in unserer Studie unterscheiden. Die erste Gruppe, die Kategorie 2 NHBD (erfolglose Reanimation) bestand aus Patienten mit irreversiblen Herz-Kreislaufstillstand bei Ankunft im Spital. An unserer Institution waren dies 4 Unfallopfer mit tödlicher Schädelverletzung, 2 Patienten mit Myokardin-

Category	Description	NHBD kidneys
1	Dead on arrival	0
2	Unsuccessful resuscitation	11
3	Awaiting cardiac arrest	0
4	Cardiac arrest while brain dead:	
	Death during procurement	10
	Death during explantation	7

Tabelle 1: NHBD according to the Maastricht Categories

rung des Spenderpools leisten könnte. Seit 1984 werden auch am AKH Wien Organe von NHBD zum Zwecke der Transplantation entnommen.

Wir untersuchten unsere Ergebnisse mit Nieren von NHBD (n = 28) im Vergleich mit Nieren, die von konventionellen „heart beating donors“ (HBD) (n = 87) entnommen worden sind. Diese Studie gibt einen Überblick hinsichtlich der Ergebnisse mit NHBD – Nieren an unserer Abteilung.

Patienten und Methoden

Bis 1996 wurden 28 Nieren von NHBD in unserem Spital transplantiert. Von diesen waren 26 Nieren von 13 NHBD an unserem Zentrum entnommen worden, 3 davon wurden Empfängern anderer Zentren implantiert. 5 Nieren waren von Transplantationszentren innerhalb Eurotransplant an unsere Abteilung

farkt und 1 Patient mit spontaner intracerebraler Blutung.

Nachdem der Tod des Patienten infolge von Herz-Kreislaufstillstand durch einen Facharzt unabhängig vom Transplantationsteam festgestellt worden war, wurden 25.000 Einheiten Heparin intravenös verabreicht und die Herzmassage wie auch Beatmung mit 100%igem Sauerstoff für 2 weitere Minuten fortgesetzt. Aus ethischen Gründen und um den irreversiblen Hirnschaden mit Sicherheit annehmen zu können, wurde für einen Zeitraum von 10 Minuten die Reanimation eingestellt. Bis vor kurzem wurde die mechanische Reanimation und Beatmung mit 100%igem Sauerstoff nach dieser Periode von 10 Minuten wieder fortgesetzt bis zum Beginn der Organentnahme im Operationssaal.

Die zweite Gruppe, die Kategorie 4 NHBD (Herzstillstand bei Hirntod) bestand aus 5 Spendern mit Schädel-Hirntrauma, die zur

Organentnahme vorgesehen waren, jedoch vor deren Beginn einen Herz-Kreislaufstillstand erlitten hatten. Weiters kam es bei einem Spender zu einem irreversiblen Herz-Kreislaufstillstand

(1., 2. oder 3.), HLA-Mismatch und Anastomosenzeit verglichen (Tabelle 2). Kontinuierliche demographische Daten (Alter, kalte Ischämiezeit und HLA-Mismatch) wurden mittels des

	Group I	Group II	
	n = 28	n = 87	P
Donor age (yrs)*	35,8 +/- 16	38,2 +/- 15	NS
Donor sex (f/m)**	7/11	19/39	NS
Cold ischemia time (h)*	22,7 +/- 6,3	21,5 +/- 5,9	NS
Recipient age (yrs)*	47 +/- 17	46,5 +/- 14	NS
Recipient sex (f/m)**	7/21	25/62	NS
Number of transplants**			
first	23(19,13%)	79(69,57%)	NS
second	4(3,48%)	4(3,48%)	NS
third	1(0,87%)	4(3,48%)	NS
HLA - Mismatches*			
A	0,9 +/- 0,6	0,9 +/- 0,55	NS
B	0,96 +/- 0,6	1,05 +/- 0,5	NS
DR	0,61 +/- 0,56	0,63 +/- 0,55	NS
Anastomosis time (min)*	38,4 +/- 14	39,9 +/- 13	NS

* Average +/- SD ** Frequencies / proportion

Tabelle 2: Donor and Recipient Data for Group I(NHBD) and Group II(HBD)

während der Organentnahme im Operationsaal.

Statistische Daten

Um einen statistischen Vergleich durchführen zu können, wurden für jeden NHBD vier nachfolgende HBD ausgewählt und diese hinsichtlich Alter, Geschlecht und kalter Ischämiezeit gematcht. Die Empfänger wurden hinsichtlich Alter, Geschlecht, Anzahl der Transplantation

T-Tests verglichen. Unterschiede in demographischen Daten (Geschlecht, Anzahl der Transplantationen) wurden mittels der chi-square-Analyse berechnet. Die Inzidenz der „delayed graft function“ und der akuten Abstoßungsreaktionen wie auch Transplantat- und Patientenüberlebensraten wurden mit der KAPLAN-MEIER-Methode berechnet. MANTEL's und BRESLOW's Tests wurden herangezogen, um Unterschiede zwischen Proportionen und der Signifikanz von Assoziationen festzustellen.

Outcome	NHDB kidneys	HDB kidneys	P
	n = 28	n = 87	
Delayed graft function**	19(67,85%)	31(35,63%)	0,003
Diuresis first 24 h			0,006
ml	5044	2578	
range	112-10500	0-10400	
Number of dialyses post -TX*	8 +/- 5,16	5 +/- 2,53	0,019
Primary non function**	4(14,81%)	5(5,68%)	0,122
Early acute rejection (3 months)**	10(37,04%)	34(39,08%)	0,849

* Average +/- SD ** Frequencies / proportions

Tabelle 3: Results – Immediate posttransplantation period

Die Transplantatfunktion wurde als „delayed“ (verzögert) bezeichnet, wenn zwei oder mehrere Haemodialysen nach Transplantation notwendig waren, bis die Niere ihre Funktion aufgenommen hatte. Wenn das Transplantat von Beginn an keine Funktion zeigte und der Patient fortwährend weiterdialysiert werden mußte, wurde die Transplantatfunktion als „primary non function – primary never function“ bezeichnet.

Resultate

Unmittelbare postoperative Periode (Tabelle 3):

Bei Nieren von NHBD fand sich eine signifikant höhere Rate an „delayed graft function“ (67,85% vs 35,63%), resultierend in größeren 24-Stunden-Harnmengen, einer höheren Anzahl notwendiger Dialysen postoperativ und deswegen einem längeren Spitalsaufenthalt. Im weiteren konnte in der Gruppe der NHBD-Nieren eine signifikant höhere Rate an „primary non function“ im Vergleich zu HBD-Nieren festgestellt werden. Hinsichtlich der frü-

hen akuten Abstoßung (innerhalb der ersten 3 Monate nach Transplantation) fand sich kein Unterschied zwischen NHBD- und HBD-Transplantaten.

1 Jahr und 3 Jahres-Transplantat- und Patientenüberleben:

Nach einem Jahr waren alle Empfänger von NHBD-Nieren am Leben. Das Patientenüberleben berechnet nach 3 Jahren betrug 98,43%. In der NHBD-Nierengruppe vs 94,25% bei den Patienten, die ein HBD-Organ erhalten hatten. Das Einjahrestransplantatüberleben betrug 85,7% und 87,4% für die NHBD und HBD-Gruppe, das Dreijahrestransplantatüberleben betrug 78,75% vs 79,31%. „Delayed graft function“ war also nicht vergesellschaftet mit reduziertem Transplantatüberleben.

Diskussion

Der Mangel an Spendernieren resultiert in zunehmenden Wartezeiten und dem Ableben von Patienten auf Wartelisten. Bemühungen, um den Spenderpool zu vergrößern wurden in

vielen Transplantationszentren unternommen, indem vermehrt Transplantationsprogramme zum Gewinn von NHBD-Organen entwickelt worden sind. In Erinnerung zurückliegender Transplantationsgeschichte, wo die Hirntodkriterien noch nicht etabliert waren und ermutigt durch die Erfahrung anderer Transplantationszentren, entschlossen wir uns 1984, Nieren von asystolischen Spendern zum Zwecke der Organtransplantation zu verwenden. Nach 13 Jahren sind an der Universitätsklinik Wien 13 NHBD-Nieren explantiert worden, wobei es sich bei den Spendern vorwiegend um Unfallopfer mit schwerem Schädel-Hirntrauma handelte, die an Herz-Kreislaufstillstand in Folge eines haemorrhagischen Schocks oder einer kardiovaskulären Dysregulation verstorben waren.

Unsere Ergebnisse sind ähnlich denen der Maastricht-Gruppe: Wenn auch die Empfänger von NHBD-Nieren eine höhere Inzidenz von „delayed graft function“ zeigten, so fand sich doch kein Unterschied bei Ein- und Dreijahrespazienten und beim Transplantatüberleben zwischen den beiden Gruppen. Kürzlich stellten wir der bei uns tätigen Ethikkommission ein neues NHBD-Programm vor, um offiziell unser NHBD-Protokoll wie folgend zu definieren:

Nachdem das verantwortliche medizinische Team zur Entscheidung gekommen ist, die lebenserhaltenden Maßnahmen einzustellen (das Transplantationsteam ist nicht involviert in diese Entscheidung, um eine strenge Separation der Teams und der Verantwortungen zu garantieren), müssen Blutabnahmen zur Identifizierung der Blutgruppe und des HLA-Mismatches wie auch zur Abschätzung der Nierenfunktion und virologische Untersuchungen abgenommen werden. Danach wird Heparin (25.000 Einheiten) intravenös verabreicht und die Herzmassage für weitere 2 Minuten fortgesetzt.

In der Zwischenzeit, entsprechend der Widerspruchslösung, die in Österreich 1982⁷ ge-

setzlich verankert worden ist, ist der Transplantkoordinator verpflichtet, eine Eintragung im Widerspruchsregister auszuschließen und im weiteren die verschiedenen Schritte der weiteren Prozedur zu organisieren und die notwendigen Informationen für die Evaluation zu sammeln.

Für einen Zeitraum von 10 Minuten sollen keine weiteren Manipulationen am Verstorbenen erfolgen, im Respekt vor dem individuellen Tod. Wie schon vorher erwähnt, erachten wir einen Zeitraum von 10 Minuten ohne Interventionen am Patienten als wichtig, da wir glauben, daß 10 Minuten von Asystolie und fehlender Blutzirkulation bei Normothermie zum irreversiblen Schaden des Gehirns führen, entsprechend dem Hirntodzustand, den wir als einzige Todesursache menschlichen Lebens sehen.

Nach dieser Periode von 10 Minuten werden sämtliche Überwachungsgeräte abgeschaltet und der NHBD wird auf dem schnellsten Wege in den Operationsraum gebracht, ohne daß erneut Herzmassage und Beatmung gestartet werden.

Um die warme Ischämiezeit kurz zu halten, empfehlen verschiedene Gruppen die Einbringung eines aortalen Doppelballonkatheters um die Nieren frühzeitig zu perfundieren. Wir erachten solche Methoden nicht als notwendig, da unsere Gesetzgebung der Widerspruchslösung es erlaubt, rasch zur Organentnahme fortzuschreiten, sobald der Herz-Kreislauftod festgestellt worden ist. Das bedeutet, daß nur eine minimale Verzögerung zwischen Todesfeststellung und Organentnahme gegeben ist, was nach unserer Meinung einer der Gründe ist, für die hervorragenden Ergebnisse mit Transplantationen von NHBD-Nieren. Obwohl der Gebrauch von NHBD in bestimmten Spitälern und unter bestimmten Umständen sehr wesentlich zur Vergrößerung des Spenderpools beitragen könnte, ist die generelle Durchführung des oben genannten Protokolls abhängig von ei-

nem gut eingeschuften Team, das zu jeder Zeit und sofort erreichbar ist, um die Organentnahme durchzuführen. Weiters muß ein sehr detailliertes und straffes Protokoll geschrieben werden.

Wir kommen zum Schluß, daß die Verwendung von Nieren von Spendern, die am Herzkreislaufstillstand verstorben sind, gerechtfertigt ist und einen Weg zur Reduktion des Mangels an Nieren für Transplantationszwecke darstellt.

Aber Mangel an Spenderorganen ist nur zum Teil ein wahrer Mangel; die Hauptursachen dafür liegen in der schlechten Identifikation von potentiellen Spendern und im Verlust von potentiellen Spendern als Folge schlecht ausgebildeten Intensivpersonals und aufgrund organisatorischer Probleme⁸. Sollten wir nicht unsere Bemühungen eher auf die Verbesserung der Acquirierung von konventionellen Spendern konzentrieren, indem wir permanente Infor-

mations- und Ausbildungsprogramme⁹ für intensivmedizinisches Personal anbieten, um die notwendige Transplantationsfrequenz zu erreichen?

Referenzen

1. WIJNEN R. M. H., BOOSTER M. H., STUBINSKY B. M., et al.: *The Lancet* 345:1967-70, 1995
2. CATELLO A. M., GRINO J. M., GONZALEZ C., et al.: *Transplant Proc* 23:2584-86, 1991
3. SCHLUMPF R., CANDINAS D., ZOLLINGER A., et al.: *Transpl Int* 5:424-28, 1992
4. KOZAKI M., MATSUNO N., TAMAKI T., et al.: *Transpl Proc* 23:2575-78, 1991
5. LIGHT J. A., KOWALSKI A. E., RITCHIE W. O., et al.: *Transpl Proc* 28(1):17-20, 1996
6. KOOSTRA D., DAEMEN J. H. C., OOMEN A. P. A.: *Transpl Proc* 27:2893-94, 1995
7. GNANT M. F., WAMSER P., GOETZINGER P., et al.: *Transpl Proc* 23(5):2685-6, 1991
8. WAMSER P., GOETZINGER P., GNANT M. F., et al.: *Transpl Proc* 25(6):3122-3, 1993
9. WAMSER P., GOETZINGER P., STEININGER R., et al.: *Transpl Proc* 25(6):2988-9, 1993

Abbruch der Reanimationsmaßnahmen

Kurt LENZ

Reanimationsmaßnahmen dienen solange zur Aufrechterhaltung eines Minimalkreislaufes und des Gasaustausches, bis wiederum eine ausreichende Kreislauffunktion oder aber der klinische Tod eintritt. Der klinische Tod ist ein Zustandsbild, welches klinisch den äußeren Anschein des Todes bietet und durch Pulslosigkeit, tiefes Koma ohne Reaktion, Fehlen zentraler Reflexe und Muskeler schlaffung, totaler Apnoe und Pupillenerweiterung gekennzeichnet ist (FORSTER B et al 1979). Trotz Erreichen eines adäquaten Spontankreislaufes durch die Reanimationsmaßnahmen kann die Notwendigkeit der Überbrückung des Ausfalles des respiratorischen Systems durch eine maschinelle Beatmung noch über eine weitere Zeit bestehen bleiben, da sehr oft als Folge des Herzkreislaufstillstandes eine vorübergehende Funktionseinschränkung des respiratorischen Systems einhergehend mit einer erhöhten Atemarbeit eintritt.

Wie bei der Diagnose des Hirntodes kann auch das Sistieren von Kreislauf und Atmung nur dann als Kriterium des Todes angesehen werden, wenn dieser Stillstand irreversibel ist, was letztlich wieder davon abhängt, ob eine Erholung von wenigstens Teilfunktionen des Gehirnes noch möglich ist. Die Wiederbelebungszeit des Gehirnes als die eben noch tolerierbare Zeitspanne der Kreislaufunterbrechung ist jedoch von zahlreichen Faktoren wie Alter, vorbestehender Sauerstoffversorgungszustand und vor allem auch von der Zeitspanne, für welche die Atmung den Herzstillstand noch überdauert hat, abhängig und daher in jedem Fall anders. Allerdings sind natürlich auch Reanimationsmaßnahmen nach einer gewissen Zeit zu beenden, die Frage ist allerdings wann. Aufgrund des derzeitigen Wissens über

den Eintritt der irreversiblen Hirnschädigung nach einem > 10 minütigen Perfusionsausfall wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Ist nach einer zehnminütigen Herzmassage und adäquaten Beatmung, bzw. erweiterten Reanimationsmaßnahmen keine Änderung in der Pupillenmotorik bei Patienten mit primär lichtstarrten Pupillen zu erzielen, sind die Reanimationsmaßnahmen zu beenden. Ausnahmen sind hier Neugeborene, unterkühlte Patienten und Patienten nach Einnahme zentral wirksamer Substanzen oder Mydriatika und allgemein Patienten mit Intoxikationen (Guidelines des European Council für BLS und ACLS; ALTHAUS U et al 1987).

Reanimationsmaßnahmen – Basismaßnahmen und erweiterte Maßnahmen – sind solange fortzusetzen, solange keine irreversiblen Zeichen eines Hirntodes feststellbar sind, d.s. weite lichtstarre Pupillen. Durch adäquate und rechtzeitig begonnene Reanimationsmaßnahmen sollte jedoch in der Regel durch Aufrechterhaltung des Minimalkreislaufes auch eine ausreichende Hirnperfusion und damit auch Hirnfunktion erzielt werden. Ein Hirntod ist hier nicht zu erwarten und damit auch keine Zeichen des Ausfalles der Hirnfunktion, wie reaktionslose weite Pupillen. Wann ist hier eine Reanimation zu beenden?: Eine Irreversibilität des Herzversagens ist hier bei Patienten mit elektromechanischer Dissoziation und Asystolie trotz 30 minütiger adäquater Herzmassage und Beatmung gegeben. Reanimationsmaßnahmen sind daher nach diesen 30 Minuten zu beenden (G. BAUER 1993). Bei Patienten mit rezidivierendem Kammerflimmern kann aufgrund der Erholung des Kreislaufes auch nach noch längerer Zeit diesbezüglich jedoch keine

Zeitangabe zum Abbruch der Reanimationsmaßnahmen gegeben werden (Guidelines des European Council für BLS und ACLS).

Literatur

Guidelines des European Council für die Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung (BLS) und die erweiterten notfallmedizinischen Maßnahmen (ACLS) Intensivmedizin und Notfallmedizin 30:181 - 187 (1993)

BAUER G, Rechtsmedizinische Grundlagen in der Notfallmedizin In: Notfallmedizin (Hrsg.FITZAL-ENENKEL-

STEINBEREITHNER-WEBER) Maudrich Verlag, Wien-München-Bern, 1993

ALTHAUS U. et al, Management of profound accidental hypothermia with cardiorespiratory arrest. Ann Surg 1982, 195:492-495

FORSTER B., ROPOHR D., Rechtsmedizin, 2.Auflage, Enke Stuttgart 1979

Prim.Univ.Prof.Dr.K.LENZ

Konventspital der Barmherzigen Brüder

A-4020 Linz, Seilerstätte 2

E.mail kurt.lenz@univie.ac.at

Stellungnahme der Sektion Neurologie der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie zur Frage des „Non-heart-beating-donors“

1. Wenn der Tod durch einen berechtigten Arzt festgestellt ist, ist der Betroffene als Leichnam zu betrachten.

Nach dem Krankenanstalten-Gesetz (KAG) § 62a/Abs.1 aus dem Jahre 1982, BGBl 273 ist es „...zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wieder herzustellen...“.

2. Werden nach Feststellung des klinischen Todes infolge Herzversagens Maßnahmen gesetzt, die die Gehirnfunktion positiv beeinflussen (Aufrechterhaltung/Wiederherstellung der zerebralen Zirkulation) könnten,

so gelten für die Feststellung des Individualtodes die Hirntodkriterien (Kriterien der Todesfeststellung „Gutachten des Obersten Sanitätsrates“ vom 26.6.1992).

Mitglieder der Kommission zur Frage des „Non-heart-beating-donors“ der Sektion Neurologie der ÖGNP:

Univ.Prof.Dr.G.BAUER

Univ.Prof.Dr.G.LADURNER

Univ.Prof.Dr.K.NIEDERKORN

Univ.Prof.Dr.E.OTT

Univ.Prof.Dr.E.RUMPL

Univ.Prof.DDr.J.ZETTLHOFER

Das Konzept des Organismus als Ganzheit und die praktischen Konsequenzen bei Non-Heart-Beating Donors

J. BONELLI

Mit dem Fortschritt der modernen Medizin in den 60er Jahren bedurfte es einer exakteren Definition des eingetretenen Todes. Seitdem es nämlich die Intensivmedizin ermöglicht, den Blutkreislauf und die Atmung über einige Zeit hinweg künstlich aufrechtzuerhalten, sind für den Arzt die üblichen Todeskriterien wie Herz- und Atemstillstand nicht mehr in jedem Fall verwertbar. Relativ einmütig einigte man sich auf die Desintegration des Organismus als Ganzheit¹ als das ausschlaggebende Ereignis des eingetretenen Todes.

Nach den herkömmlichen Kriterien ist der medizinisch-biologische Tod eines Menschen als Individuum (aber auch jedes Säugetieres) dann eingetreten, wenn sichere Lebenszeichen wie Atmung und Herzschlag irreversibel fehlen. Die Betonung liegt hier auf irreversibel, denn Herz- und Atemstillstand als solche zeigen den Tod keineswegs in jedem Fall an, wie dies aus der Tatsache hervorgeht, daß bei der Reanimation ein solcher Zustand wieder aufgehoben werden kann.

Auch der irreversible Ausfall der Gehirnfunktion wird als markanter Eckpunkt des Todeseintritts gewertet².

Doch die Diskussion um die endgültige Festlegung, wann ein Mensch tot ist bzw. wann er noch lebt, verstummten bis heute nicht, im Gegenteil, neue Fragen in bezug auf den Eintritt des Todes wurden aufgeworfen^{3,4,5,6}.

Der Schwachpunkt in dieser kontroversiellen Diskussion dürfte darin zu suchen sein, daß der Begriff „Organismus als Ganzheit“ nicht ausreichend definiert wurde⁷.

Leben und Lebewesen

Zur Bestimmung von Leben und Tod eines Individuums muß man primär von den Äußerun-

gen des Lebens ausgehen, denn den Tod als solchen können wir nicht positiv bestimmen, sondern nur indirekt von der Erfahrung des Lebens her als dessen Negation.

Allen Begriffen des Lebens gemeinsam ist wohl die Vorstellung von einer Integration der Teile zu einer dynamisch koordinierten Einheit, der das Prinzip seiner Einheit und Ordnung immanent ist.

Wichtig für die Beurteilung von Leben und Tod in unserer Fragestellung ist jedoch die Unterscheidung zwischen derivatem (abgeleiteten) biologischen Leben (isolierte lebende Zellen oder Organe, Zellkulturen, Herz-Lungen-Präparate) und einem Lebewesen.

Das Lebewesen ist im Gegensatz zu einer lebenden Zelle, einer Zellkultur z.B., nicht nur eine integrierte Einheit, sondern darüber hinaus eine ganz spezifisch integrierte Ganzheit.

Diese spezifische Ganzheit des Lebewesens zeichnet sich durch vier Charakteristika aus:

- 1) Abgeschlossenheit
- 2) Unteilbarkeit
- 3) Selbstbezogenheit
- 4) Identität

Die Abgeschlossenheit eines Lebewesens zeigt sich zunächst darin, daß es nicht Teil einer größeren Einheit ist, sondern eine in sich abgeschlossene, nicht weiter überschreitbare Ganzheit darstellt (s.später).

Die spezifische Ganzheit des Lebewesens zeigt sich weiters auch darin, daß es mehr ist als die Summe seiner Teile, weshalb ein Lebewesen weder teilbar, noch aus Teilen zusammensetzbar ist (Unteilbarkeit). Ein Lebewesen hat weiters seinen Sinn und seinen Zweck weder außerhalb noch von seinen Teilen her, sondern in sich selbst. Die beobachtbaren Lebensvorgänge und Organfunktionen stehen dabei vor allem im

Dienst der Selbsterhaltung des Ganzen. Das Lebewesen existiert um seiner selbst willen.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der spezifischen Ganzheit eines Lebewesens ist seine unveränderliche Identität. So bleibt ein Lebewesen als Ganzheit endgültig ein und dasselbe, obwohl sich sein äußeres Erscheinungsbild im Laufe der Zeit völlig ändert, und obwohl ein vollständiger Austausch und Neuaufbau seiner stofflichen Grundlagen (Stoffwechsel, Wachstum) stattfindet.

Tod

Wenn wir uns nun der Definition des Todes zuwenden, so kommt es nicht sosehr auf die Funktionstüchtigkeit (Lebenszeichen) einzelner Organe an, denn sie könnte auch nur Ausdruck von derivatem Leben sein. Ausschlaggebend ist die Beurteilung des Organismus als Ganzheit im obigen Sinn.

Der Status des Gehirns

Für die Ganzheit eines Organismus im Sinne eines Lebewesens spielt das Gehirn eine unverzichtbare Rolle. Das Gehirn hat bekanntlich eine zentrale Koordinations- und Integrationsfunktion innerhalb des Organismus. Fundamentale Lebensparameter wie Atmung, Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur usw. werden überwacht, reguliert und im Sinne eines größeren Ganzen geordnet und so aufeinander bezogen, daß die Existenz des Ganzen gesichert wird⁸. Somit kann gesagt werden, daß das Lebewesen mit Hilfe des Gehirns seinen Status als Selbstzweck maßgeblich verwirklicht. Es kann diesbezüglich durch kein anderes Organ auch nur annähernd ersetzt werden. Darüber hinaus fungiert das Gehirn aber nicht nur als Integrationsorgan, sondern auch als gleichsam abschließendes Organ einer letzten, nicht weiter überschreitbaren Ganzheit. Damit ist gemeint, daß einige, nicht aber alle beliebigen Teilstücke eines Körpers ohne weiters einer größeren Ganz-

heit zugeordnet werden können. So ist zwar die isolierte Herzzelle Teil des Herzens, dieses ist Teil des Thorax und dieser wieder gehört zum Rumpf. Der Rumpf mit dem Kopf ist hingegen nicht wiederum Teil einer übergeordneten Einheit, sondern dieser Mensch selbst als ein abgeschlossenes Individuum, obwohl ihm Arme und Beine fehlen. Das heißt, immer dort, wo das Gehirn lokalisiert ist, ist auch das Kriterium der Abgeschlossenheit eines Lebewesens zu finden. Das Gehirn und nur dieses Organ verleiht also dem Menschen seine Abgeschlossenheit. Beim Ausfall des Gehirns durch Destruktion oder Diskonnektion kann von keinem anderen Organ nachgewiesen werden, daß es diese Funktionen übernimmt. Dies entspricht der Tatsache, daß das Gehirn auch als morphologisches Fundament der Identität eines Individuums firmiert, was in einleuchtender Weise durch die heute schon angewendete Praxis einer Multiorgantransplantation en bloc demonstriert wird, bei der mehrere Organe im Organverbund (Herz, Lunge, Leber usw.) eingepflanzt werden. Niemand wird meinen, daß hier zwei lebende Menschen gleichsam „fusioniert“ werden. Immer wird die Identität des Patienten von dem Teil bestimmt, dem das Gehirn angehört, während dem hirnlosen Transplantat keine eigenständige Individualität zugesprochen werden kann.

Somit kann man sagen, daß das Gehirn das konstitutive Fundament (der Garant) für die Integration des Organismus als Ganzheit ist. Mit dem Verlust des Gehirns geht diese Ganzheit verloren. Der Mensch ist tot.

Der Hirntod

Beim Hirntoten findet man eine Reihe von Zeichen des Lebens wie Herzschlag, Stoffwechsel, Zellwachstum, Regeneration usw. Diese Lebenszeichen fungieren aber nicht im Dienst einer integrativen Selbstgestaltung eines größeren Gestaltungs Ganzen, sondern im Sinne eines physiologischen Organverbundes, dessen Teile

in einer von außen gesteuerten gegenseitigen Abhängigkeit stehen. Dem Hirntoten fehlen jedoch die vier Kriterien eines Organismus als Ganzheit. Er ist somit kein lebender Mensch mehr. Es handelt sich daher beim Hirntoten lediglich um *derivates biologisches Leben*⁷.

Der Herz-Kreislauftod

Beim Herz-Kreislauftod kommt es zu einem irreversiblen Stillstand von Atmung und Kreislauf. Dadurch kommt es gleichsam zu einer Diskonnektion bzw. Abkoppelung des Gehirns von den übrigen Organen des Organismus. Das Gehirn kann seine Funktion als Integrationsorgan nicht mehr erfüllen, womit sich auf indirekte Weise die definitive Desintegration des Organismus als Ganzheit einstellt.

Man könnte den irreversiblen Herz-Kreislaufstillstand mit einer inneren Dekapitation vergleichen. Der gesunde Menschenverstand hat die Dekapitation bisher immer noch mit dem Tode gleichgesetzt. Die Ganzheit wird im Augenblick zerstört, auch wenn die einzelnen Organe durch das Gehirn erst im nachhinein endgültig absterben. (*Derivates biologisches Leben* – die irreversible Schädigung des Gehirns erfolgt innerhalb von 8-10 Minuten nach Kreislaufstillstand). Durch den endgültigen Kreislaufstopp werden die einzelnen (z.T. noch vitalen) Gehirnzellen isoliert und können irreversibel ihre Integrationsfunktion nicht mehr erfüllen. Damit ist der irreversible Kreislaufstillstand mit einer Desintegration des Organismus als Ganzheit (Tod) gleichzusetzen. So gesehen hat auch der Herz-Kreislauftod immer einen Bezug zum Gehirn und dessen Integrationsfunktion. Herz- und Atemstillstand sind nur als indirekte Zeichen des Todes zu werten. Erst wenn diese irreversibel sind und damit sichergestellt ist, daß keine Integrationsfunktion des Gehirns mehr möglich ist, kann vom sicheren Tod eines Individuums gesprochen werden. Hier ist es wichtig, zwischen der Begründung des Todes (Desintegration des

Ganzen) und den Kriterien, die diese Definition erfüllen (irreversibler Herz- und Atemstillstand bzw. irreversible Gehirndestruktion) zu unterscheiden⁹.

Es sei jedoch erwähnt, daß bei aller Verschiedenheit der einzelnen Methoden zur Feststellung des Todes (Hirntod, Herzkreislaufstillstand) dennoch immer nur ein und dasselbe Ereignis registriert wird, nämlich der Tod eines Menschen, der – wie oben ausgeführt – letztlich immer durch die Desintegration des Organismus als Ganzheit besiegelt wird. Auch die herkömmlichen Todeszeichen (Kreislauf- und Atemstillstand, Areflexie usw.) zielen letztlich – wenn auch zum Teil nur indirekt – auf dieses zentrale Geschehen ab. Es gibt daher nicht zwei verschiedene Arten von „Totsein“ (konventioneller Tod und Hirntod), sondern nur einen Tod des Menschen. Wenn heute Methoden gesucht werden, die den Tod des Menschen unabhängig von traditionellen Kriterien, durch direkten Nachweis der Gehirndestruktion (auf CT, EEG) erkennbar machen, so kann dies weder als Negativum (Hirntodgegner) abgewertet, aber auch nicht als *conditio sine qua non* gefordert werden. Wenn man den Nachweis eines Gehirnkreislaufstopps durch Angiographie oder Dopplersonographie als sicheres Todeszeichen anerkennt, so kann gesagt werden, daß der irreversible Herzkreislaufstillstand ein ebenso sicheres Zeichen für diesen Stopp ist.

Non-Heart-Beating Donors (NHB-Donors)

Die Praxis, Organe nicht nur von Hirntoten, sondern auch von NBH-Donors zu entnehmen, hat in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung gefunden¹⁰.

Der österreichische Gesetzgeber betont, daß „es zulässig ist, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen“. Die Todesfeststellung ob-

liegt einem zur „selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt“.

Für die Vorgangsweise bei der Hirntodfeststellung gibt es eine Empfehlung des Obersten Sanitätsrates. Verhaltensnormen, wie bei NBH-Donors vorgegangen werden soll, gibt es in Österreich bisher nicht.

Um Spannungen, Mißtrauen und Verunsicherung in der Bevölkerung zu verhindern, wäre es sinnvoll und wünschenswert, einheitlich festzulegen, wie bei derartigen Spendern vorgegangen werden sollte. Das in diesem Heft vorgelegte Konsenspapier ist ein erster Vorschlag.

Auf alle Fälle muß gewährleistet sein, daß die Organentnahme ausschließlich von Toten erfolgt. Keinesfalls darf man Organe von einem Sterbenden entnehmen. Dies würde einer direkten Tötung gleichkommen⁹. Auf andere – menschlich-ethische Probleme, die mit der Verwendung von NHB-Donors verbunden sein können, kann hier nicht eingegangen werden.

Aus medizinischer Sicht kann, wie gesagt, nur dann vom Herz-Kreislauftod eines Menschen gesprochen werden, wenn sichergestellt ist, daß das Herz-Kreislaufsystem *irreversibel* geschädigt und der Reanimationsversuch endgültig abgebrochen worden ist. Er darf also nicht wieder aufgenommen werden. Wenn dies feststeht, wäre ein solcher Patient definitionsgemäß tot (s.oben).

Es ist – wie gesagt – eine empirische Tatsache, daß das Gehirn innerhalb einer bestimmten Zeitspanne nach Herz- und Atemstillstand derartig endgültig geschädigt ist, daß es seine integrative Funktion nicht mehr erfüllen kann, auch wenn ein Reanimationsversuch erfolgen würde. Diese Zeitspanne beträgt – wie erwähnt – 10 Minuten. Sie sollte nach endgültiger Beendigung der Reanimation bei NHB-Donors vor der Organentnahme aus Vorsicht eingehalten werden. Beatmung und Herzmassage sollten aber nicht wieder aufgenommen werden. Erst

dann sollte mit der Explantation der Organe begonnen werden. Auf diese Weise wäre der Tod des Patienten gleichsam doppelt abgesichert.

Keinesfalls sollten jedenfalls Definitionslücken beim Herz-Kreislauftod dazu verleiten, im Graubereich zwischen Leben und Tod zu agieren. Bei einem NHB-Donor genügt es nicht, wenn er vielleicht, wahrscheinlich, ziemlich sicher oder praktisch tot ist. Er muß ganz sicher tot sein⁹.

Referenzen

1. BEECHER HK et al., A definition of irreversible coma. Special communication: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death, JAMA 1968, 205: 337-340.
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: a report on the medical, legal and ethical issues in the determination of death. Washington, DC: Government Printing Office, 1981.
3. POWNER DJ, ACKERMANN BM, GRENVIK A., Medical Diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies, The Lancet 1996, 348: 1219-1223.
4. EVANS M., A plea for the hear, Bioethics 1990, 54(4): 10-12.
5. TRUOG RD., Is it time to Abandon Brain Death? Hastings Center Report 1997, 27(1): 29-37.
6. HALEVY A, BRODY B., Brain death: reconciling definitions, criteria, and tests., Ann Intern Med 1993, 119(6): 519-525.
7. BONELLI J., Leben, Sterben, Tod in: Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag Wien New York, 1995, S 83-112.
8. MARKTL W. Die Bedeutung des Zentralnervensystems für die optimale Entfaltung der Lebensvorgänge. Imago Hominis 1994, 1: 34-45.
9. Vgl. dazu PÖLTNER G., Non-Heart-Beating Donors – Anthropologische und ethische Aspekte, Beitrag in dieser Ausgabe, S 45-48
10. Vgl. dazu MÜHLBACHER F., Transplantation mit Nieren von Non-Heart- Beating Donors, in dieser Ausgabe, S 28-35

Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI
IMABE Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Non-beating-heart donors aus ethischer Perspektive

Günter VIRT

In letzter Zeit wird die Organentnahme von Patienten nach Herzstillstand – ohne daß der Hirntod vorher bereits zweifelsfrei eingetreten ist – diskutiert (R.M.H. WIJNEN et al. In: *LANCET* 1995, 1067-1070). Die damit verbundenen medizinischen Ziele, mehr Organe zur Rettung von Menschen für Organtransplantationen zu erhalten, sowie eine möglicherweise größere Erfolgsaussicht bei der Transplantation sind zunächst auch unter ethischen Gesichtspunkten zu begrüßen. Allerdings wird aus Zentren, in denen diesbezügliche Forschungen gemacht wurden, über eine hohe Widerspruchsrate durch die Verwandten berichtet. Bestehen die Sorgen dieser Verwandten zu recht und wie sind sie ethisch zu bewerten?

Unter drei voneinander gut zu unterscheidenden Gesichtspunkten soll eine Annäherung an die Beantwortung dieser Frage gesucht werden.

1. Die erste und grundlegende ist eine der ethischen Frage vorgelagerte medizin-anthropologische: Mit Hilfe welcher Kriterien wird der Tod eines Menschen zweifelsfrei festgestellt? Diese Frage gilt es gut zu unterscheiden von der Debatte, ob dieser Mensch noch ein Mensch in Sinne einer Person sei (vgl. W. WOLBERT: Zur neueren Diskussion über den Gehirntod. In: *Ethik in der Medizin* 1996, 6-18). Es geht auch nicht um eine Definition des Todes. Den Tod des Menschen anthropologisch umfassend definieren zu wollen hieße ja, ihn von allen Seiten her erforschen zu können. Dies ist aber aus einsichtigen Gründen nicht möglich, da sich die „Rückseite“ des Todes, gleichsam was nach dem Tod kommt, schlechterdings menschlichen Wissensmöglichkeiten entzieht. Dennoch bedarf es einer

juristischen Festlegung des Todes. Es kann also nur um Kriterien gehen, mit denen die Medizin heute unter geänderten Reanimationsmöglichkeiten den Tod des Menschen feststellt. Früher galt der irreversible Herz-Kreislaufstillstand als verlässliches und allseits akzeptiertes Kriterium. Das wurde aber seit der *Havard-Stellungnahme* durch den Hirntod ergänzt, da bislang als nicht reanimierbar geltende Patienten durch die Fortschritte der Medizin reanimiert werden konnten. Diese Bestimmung des Hirntodes wurde 1968 aber unter dem Aspekt der Fragestellung gefunden, wann eine Behandlung, bzw. Wiederbelebungsversuche abgebrochen werden können, weil der Mensch trotz technisch noch möglicher Maßnahmen für seinen Kreislauf hirntod ist. Erst nachträglich wurde dieses Kriterium dann auch als Voraussetzung für eine Organentnahme angewandt. Unter anthropologischem Aspekt ist dieses Kriterium nicht mit dem Verlust des Bewußtseins durch Ausfall der Großhirnrinde oder deren Teile begründbar, – nicht die Zerstörung eines Organs ist der entscheidende Gesichtspunkt – sondern die Tatsache, daß das Integrationsorgan der leib-seelischen Ganzheit eines Menschen irreversibel zerstört ist. Voraussetzung ist allerdings der Ganzhirntod: Hirnrinde und Hirnstamm. Wenn also bei einem Menschen nach diesen Kriterien der Hirntod festgestellt ist, ist der anthropologische Status dieses Wesens trotz möglicher, noch vorhandener spinaler Reflexe peripherer Art und der damit gegebenen lebensweltlichen Wahrnehmung von Bewegung ein toter Mensch. Eine Organentnahme bedeutet daher keine Tötung, denn einen toten Menschen kann man nicht mehr töten.

2. Anders allerdings stellt sich das Problem dar, wenn der Hirntod noch nicht eingetreten ist, sondern erst – wenn auch mit unweigerlicher Sicherheit – aufgrund des Aussetzens von Reanimationmaßnahmen in kurzer Zeit eintreten wird. In diesem Fall wird der Hirntod erst in Zukunft eintreten und zwar als Folge des Aussetzens der Wiederbelebungsversuche. Dürfen auch in diesem Fall Organe entnommen werden? Handelt es sich hier nicht um die Entnahme von einem Lebenden, wenn auch in der allerletzten Phase seines Sterbens? Aber Sterben gehört ja zum Leben. Unter dieser Voraussetzung würden dieselben ethischen Kriterien wie bei einer Lebendspende gelten.

Was aber, wenn man nach dem Aussetzen der Reanimation bis zum sicheren Eintreten des Gehirntodes wartet? Dann ist der Mensch nach unseren heutigen Kriterien sicher tot. Ist dieser Tod aber nicht ein vom menschlichen Tun und Lassen zu verantwortender Tod, also ethisch anders zu bewerten als wenn der Hirntod schicksalhaft bereits eingetreten wäre? Für die Beantwortung dieser Frage ist auf die bereits gefundenen und noch weiter zu differenzierenden ethischen Kriterien für die Behandlungsbegrenzung und den Behandlungsabbruch, die hier im einzelnen nicht diskutiert werden können, zu verweisen (Entscheidungshilfen zum Problem der Therapiebegrenzung, Österreichisches Pastoralinstitut [Hrsg.], Wien 1995. G. VIRT: Moralthelogische Erwägungen zur Therapiebegrenzung in der modernen Medizin, in: O. KÖNIG/A. WOLKINGER [Hrsg.], Horizonte sittlichen Handelns [FS R. BRUCH], Graz 1991 [Grazer theol. Studien Nr. 14], 353-360). Wenn also mit ethisch vertretbaren Gründen eine Reanimation abgebrochen wird und es sich nicht um eine pflichtwidrige Unterlassung handelt, dann ist die Ursache des zwingend alsbald eintretenden Hirntodes der Krankheitsverlauf und nicht eine willkürliche und daher unethische Fremdverfügung. Allerdings ist in einer solchen Situation mit größter Sorgfalt darauf zu achten, daß sich keine Mißbrauchs-

möglichkeiten einschleichen durch etwas unklare Begründung oder dadurch, daß das Interesse an der Organentnahme den Behandlungsabbruch bestimmen könnte. In dem Maß, in dem es gelingt, den Menschen und den Angehörigen die Angst zu nehmen, daß vor dem eingetretenen Hirntod Organe entnommen werden oder daß eine lebenserhaltende Behandlung interessenbedingt pflichtwidrig unterlassen wurde, kann unter ethischem Aspekt eine Organentnahme von „Non-Beating-Heart Donors“ plausibel gemacht werden.

3. Die dritte, von den beiden vorangegangenen Fragen nochmals gut zu unterscheidende, ist die Frage nach der ethischen Grundlage über die Verfügung der Organe der hirntoten Menschen. Wem gehört der Leichnam? Er gehört nicht dem Arzt, er gehört aber auch nicht den Verwandten, er gehört nicht der Gesellschaft und nicht einer ihrer Institutionen (z.B. dem Krankenhaus). Aber er kann auch nicht mehr der Person gehören, die sich zu ihren Lebzeiten in diesem Leib dargestellt und verwirklicht hat. Der Leichnam gehört niemandem im Sinn von besitzrechtlichen Kategorien. Angesichts des Geheimnisses des Todes sind im Vergleich zu univok besitzrechtlichen Regelungen nur analoge Aussagen möglich. Um die Ehrfurcht, die wir dem Toten schulden gegen Mißbrauch zu schützen, können wir im finalen Sinn sagen: Der Leichnam gehört der Erde, er gehört pietätvoll begraben. Niemand hat also einen Rechtsanspruch auf die Organe eines anderen Menschen, auch nicht auf die Organe eines Toten. Organspende hingegen ist eine sinnvolle Möglichkeit und von JOHANNES PAUL II. als Akt hoher Nächstenliebe gewürdigt worden (*Evangelium Vitae* Nr. 86). Aber Spende muß Spende bleiben.

Der Charakter der Spende kommt am deutlichsten zum Ausdruck, wenn ein Mensch zu Lebzeiten seine Bereitschaft ausdrücklich kundtut, daß er im Fall seines Todes einer Organentnahme zustimmt. Wenn der Tote aber

zu Lebzeiten keine Verfügung für diesen Fall getroffen hat, dürfen dann die Angehörigen darüber verfügen oder darf gar die Bereitschaft zur postmortalen Organspende präsumiert werden, falls der Verstorbene keinen ausdrücklichen Widerspruch angemeldet hat? Rechtlich ist diese Frage in verschiedenen Ländern verschieden geregelt oder wird demnächst geregelt werden. Als ethische Minimalbedingung muß festgehalten werden, daß Widerspruch möglich ist, damit Spende Spende bleibt und tote Menschen nicht zu Organlieferanten und Ersatzteillagern gegen ihren Willen werden.

Manche Länder kennen eine Widerspruchsregelung (Organe dürfen entnommen werden, wenn kein ausdrücklicher Widerspruch angemeldet wurde), manche eine enge Zustimmungsregelung (Organe dürfen nur entnommen werden, wenn jemand zu Lebzeiten ausdrücklich zugestimmt hat und einen Spenderausweis bei sich trägt) und manche eine sogenannte erweiterte Zustimmungsregelung (Organe dürfen erst nach Zustimmung der Angehörigen entnommen werden, wenn zu Lebzeiten keine Verfügung getroffen worden ist). Das Votum der Angehörigen darf allerdings nicht als Verfügungsrecht verstanden werden, da keine volle Identität der Intentionen des Verstorbenen und der Angehörigen vorliegen muß und es oft auch schon Mißbrauch gegeben hat. Das Votum der Angehörigen ist nur insofern relevant, als diese glaubwürdig den Willen des Verstorbenen interpretieren können und insofern auf die Trauer der Angehörigen auch pietätvoll Rücksicht genommen werden muß.

Kann eine Widerspruchsregelung ethisch gerechtfertigt werden? Kann mitmenschliche Solidarität präsumiert werden, die in dem Fall darin besteht, daß mit den Organen eines Toten das Leben eines anderen Menschen gerettet wird?

Hier, vor dem Geheimnis des Todes und angesichts der Anonymität des Empfängers, ist auch die Rede von Nächstenliebe nur im analogen Sinn möglich, denn der Spender ist zum

Zeitpunkt der Organentnahme bereits tot und zu personalen Akten nicht mehr fähig und kennt den Empfänger nicht. Es gibt aber das Instrument des Testaments, in dem ein Mensch über seinen Tod hinaus Verfügungen über sein Eigentum trifft. Nun gehört das Eigentum des Menschen gleichsam zu seiner erweiterten Leiblichkeit, mit der er als weltoffenes Wesen sein Dasein in der Welt durch freie Verfügung gestalten kann. Das Eigentum, das man daher niemandem gegen dessen Willen rechtswidrig entwenden darf, hat darüber hinaus auch eine soziale Komponente, d. h. es darf nicht derart gebraucht werden, daß damit die Lebenschancen anderer Menschen schwerst beeinträchtigt werden oder gar deren Leben bedroht wird. Deswegen hat die ganze Ethiktradition daran festgehalten, daß ein Mensch in Lebensgefahr vom Eigentum eines anderen, das dieser nicht unmittelbar benötigt, auch ohne dessen Zustimmung etwas nehmen darf. Er darf nehmen, was er zum Überleben braucht, nicht weil er ein Recht darauf hätte, sondern weil er präsumieren darf, daß der Eigentümer in dieser Extremsituation sinnvollerweise zustimmen würde. In einem solchen Fall kann die Zustimmung gleichsam angenommen werden. In Analogie zu dieser von der ganzen Ethiktradition festgehaltenen sittlichen Vertretbarkeit einer solchen Handlungsweise könnte man sich auch der Frage der Präsumtion der Organentnahme von einem Toten nähern. Eine solche Analogie kann sich aber immer nur auf einen Toten beziehen und sie bedeutet darüber hinaus keinen Widerspruch zum Geschenkscharakter des Organs. Der Einwand, daß eine solche Aneignung fremden Eigentums nur für den Notleidenden selbst und im unmittelbaren Zusammenhang zwischen Bedarf und Bedarfsdeckung sittlich erlaubt ist, verkennt die Tatsache, daß im Bereich von Organspende – Organzuteilung – Organüberbringung keine univok besitzrechtlichen, sondern nur im analogen Sinn solche Kategorien greifen! Besonders deutlich wird das bei der Verteilung der Orga-

ne über Organbanken. Auch die institutionelle Vermittlung stellt die Zulässigkeit der oben genannten Analogie nicht in Frage.

Welche rechtliche Regelung immer gewählt wird, – es spielen hier kulturelle Traditionen eines Volkes eine Rolle, die in einem Land vorherrschen (Wenn die Autonomie vor dem Gemeinwohl rangiert, wird man eher einer Zustimmungsregelung zuneigen als dort, wo auch die Gemeinwohlfunktion des Eigentums höher eingeschätzt wird und wo man eher einer Widerspruchsregelung etwas abgewinnen kann). In einer multikulturellen Gesellschaft muß aber auch Rücksicht auf jene Glaubensgemeinschaften genommen werden, für die eine Organentnahme von einem Toten nicht in Frage kommt. Manche buddhistische und andere Gruppen kennen sehr wohl die Möglichkeit einer Lebendspende von Organen, lehnen aber eine Organentnahme von Toten mit dem Hinweis darauf ab, daß der Leichnam den Ahnen gehört. Ein derartiger Eingriff würde die Hinterbliebenen in große Angst stürzen und ihre religiösen Gefühle verletzen.

Eine Widerspruchsregelung darf auch nicht bei der abstrakten Möglichkeit stehen bleiben, sondern muß dadurch wirksam werden, daß die Bevölkerung um diese Regelung weiß und auch tatsächlich Widerspruch anmelden kann. In Österreich gibt es seit Jahresbeginn 1995 beim ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1010 Wien, Stubenring 6, Tel. 51561/0) ein EDV-gestütztes Widerspruchsregister, das unter Ausschöpfung der technischen Mittel allen Menschen unserer Bevölkerung eine wirksame Willensäußerung ermöglichen soll. Jede Vorgangsweise, auch von institutioneller Seite, die einen Menschen ermutigt, sich mitten im Leben be-

reits mit seinem Tod auseinanderzusetzen, Gespräche in der Familie anzuregen und den Tod nicht länger zu verdrängen, ist ethisch zu begrüßen, wie etwa auch die Aufnahme von entsprechenden Sparten bei der Ausstellung von Personaldokumenten sowie jede seriöse Aufklärung. Es bedarf einer ebenso behutsamen wie effektiven Information über die gesetzliche Regelung, um die Widerspruchsmöglichkeit und die konkrete Vorgangsweise. Vor jeder Organentnahme wird in Österreich bei diesem Register, das in kürzester Zeit Auskunft ermöglicht, nachgefragt.

Wie immer eine Regelung rechtlich aussieht, klar muß bleiben, daß es keinen einklagbaren Anspruch auf die Organe eines Toten gibt. Insofern kann Organspende auch nicht als moralische Pflicht im strikten Sinne, deren Unterlassung verwerflich wäre, gelten. Wohl aber wird ein waches Gewissen sich über den derzeitigen Engpaß an Organen für eine Transplantation ernsthafte Gedanken machen und angesichts der Möglichkeit, nach dem eigenen Tod zur Lebensrettung schwerkranker Menschen beizutragen, eine für seine persönlich existierende Situation verantwortliche Entscheidung fällen.

Diese im dritten Punkt angesprochenen Probleme bringen uns in schmerzlicher Weise zu Bewußtsein, daß in unserer Gesellschaft das Anspruchsdenken derartig überhandgenommen hat, daß wir ein großes Defizit nicht nur allgemein im Ethos, sondern vor allem auch in der Ethik des Schenkens haben.

*Univ.Prof.Dr.Günter VIRT
Institut für Ethik in der Medizin
Wasagasse 12/2/1
A-1090 Wien*

Non-beating-heart donors

Anthropologische und ethische Aspekte

Günther PÖLTNER

Die größer werdende Diskrepanz zwischen Organnachfrage und -angebot hat in den letzten Jahren zur zunehmenden Praxis geführt, Menschen nach einem Herzstillstand und 30-minütiger erfolgloser Reanimation ohne Überprüfung des eingetretenen Hirntodes Organe zu entnehmen (non-beating-heart donors)¹. Unter anthropologischem und ethischem Aspekt ergeben sich dabei eine Reihe von Problemen, von denen im folgenden auf die wichtigsten kurz hingewiesen sei².

Eine erste Frage betrifft den Status des Organspenders. Handelt es sich um eine Organentnahme von einem toten oder einem sterbenden, d.i. noch lebenden Menschen? Die Beantwortung dieser Frage hängt von dem Todeskriterium und der Sicherheit über den eingetretenen Tod ab. Derzeit gilt zumeist das irreversible Hirnversagen (Hirnrinde und Hirnstamm), der sog. (Ganz-)Hirntod, als Todeskriterium eines Menschen.

Dabei gilt es zweierlei zu beachten. Erstens ist zu unterscheiden zwischen Kriterium und Definition³. Todeskriterium ist das Zeichen, an dem der Tod erkannt werden kann, d.h. es erlaubt die Feststellung des eingetretenen Todes. Eine Definition des Todes hingegen wäre die Bestimmung dessen, was der Tod seinsmäßig ist, d.h. worin der Tod eines Menschen letztlich besteht und was sich in ihm ereignet. Das zu wissen entzieht sich uns ersichtlicherweise. Die Rede vom Hirntod ist keine Definition des Todes, sondern die Angabe seines Kriteriums⁴. Zweitens ist die Begründung für das Hirntodkriterium zu beachten: Sie liegt nicht im Verlust des Bewußtseins infolge des irreversiblen Ausfalls der Großhirnfunktion ('Teilhirntod'), sondern in der irreversibel grundgelegten Desintegration des Leibes, d.i. in dem

irreversiblen Funktionsverlust des ganzen Gehirns als des für die leib-seelische Ganzheit des Menschen verantwortlichen Integrationsorgans (Ganzhirntod)⁵.

Soll es sich um eine Organentnahme von einem Toten handeln, dann lautet (unter Zugrundelegung des Hirntodkriteriums) die ethische Forderung, daß beim non-beating-heart donor Sicherheit über den irreversiblen Funktionsverlust des ganzen Gehirns herrschen muß. Die mit dieser ethischen Forderung untrennbar verbundene Frage der Methoden und Mittel zur Gewinnung dieser Sicherheit ist eine pragmatische, deren Beantwortung dem medizinischen Fachmann obliegt. Im Falle einer aussichtslosen Situation bedeutet ein Behandlungsabbruch keine aktive Tötung, sondern ein ethisch verantwortbares Sterbenlassen, weil die Todesursache in der Krankheit des Patienten selbst liegt. Dabei ist darauf zu achten, daß der Behandlungsabbruch eine ethisch verantwortbare und nicht eine pflichtwidrige Unterlassung darstellt und nicht im Interesse einer Organentnahme erfolgt⁶. Im anstehenden Fall fragt es sich, ob der nach erfolgloser Reanimation eingetretene irreversible Herzstillstand allein ein sicheres Todeskriterium ist.

Wenn diese Sicherheit nicht gegeben wäre, müßte man davon ausgehen, daß es sich beim non-beating-heart donor nicht um einen toten, sondern um einen sterbenden, d.i. noch lebenden Menschen handelte⁷. Wir stünden dann vor dem Problem einer Lebendspende. Deren ethische Beurteilung hat u.a. den Gesichtspunkt (1) der Freiwilligkeit (Spende muß Spende bleiben!) und (2) der Folgen einer Organexplantation für den Betroffenen zu berücksichtigen (sie darf nicht seiner Tötung gleichkommen).

Es gibt kein Recht auf den Leib und die Organe eines anderen Menschen – weder eines toten noch eines lebenden, weil es überhaupt kein Recht auf einen anderen Menschen gibt. Dies gründet in der einzigartigen Einheit in der Differenz, in welcher der Mensch existiert.

Einerseits ist der Mensch sein Leib. (Wer deinen Leib sieht, sieht dich selbst; wer meinen Leib sticht, sticht mich selbst.) Andererseits bin ich nicht einfachhin mit meinem Leib so identisch, daß gälte: ich bin nichts anderes als mein Leib. Vielmehr bin ich so mein Leib, daß ich meinen Leib habe. (Ich selbst verhalte mich zu meinem Leib – dies freilich immer leibhaftig –, nicht aber verhält sich mein Leib zu mir. Ich selbst handle und vollziehe mich darin als Wesen der Freiheit, nicht aber handelt mein Leib – wie auch nicht mein Gehirn an meiner Stelle denkt, sondern ich selbst dank meines funktionstüchtigen Gehirns.) Menschliches Existieren ereignet sich in der unaufhebbaren Spannung des Leib-seins im Leib-haben⁸. Aus der Beachtung dieser Spannung ergibt sich der eigentümliche Rang des menschlichen Leibes und seiner Organe.

Der Mensch besitzt Würde, weil er als Freiheitswesen zum Vollbringen des Guten i.S. des in sich Sinnvollen ermächtigt ist. Weil er seinen Leib hat, indem er sein Leib ist, gehört zur Achtung seiner Würde diejenige seiner leiblichen Integrität, und verbietet sich die (Selbst- oder Fremd-) Instrumentalisierung des Leibes zu einem Mittel für beliebige Zwecke, oder die Funktionalisierung der Organe zu einer Ware mit entsprechendem Kaufwert. Der Leib des anderen (und damit dessen Organe) ist kein mögliches Besitztum, auf das Anrecht besteht, weil der andere als Freiheitswesen niemals Besitztum werden kann⁹. Weil ich selbst jedoch nicht einfachhin mit meinem Leib zusammenfalle, sondern meinen Leib habe, kann ich ihn teilweise vergegenständlichen und über ihn in gewisser Weise verfügen (oder verfügen lassen). Aufgrund der oben genannten Spannung besteht im Hinblick auf den Leib weder absolute

Unantastbarkeit, noch schrankenlose Verfügbarkeit. Die Organe eines Menschen nehmen in unterschiedlicher Weise teil an der Würde des Menschen als eines leib-seelischen Wesens. Sie sind deshalb nicht einfachhin Gegenstände, die zu beliebigen Zwecken instrumentalisiert werden dürfen.

Weil es kein Recht auf den Leib eines anderen und dessen Organe gibt, so umgekehrt auch keine Pflicht zur Organspende. Niemand handelt unsittlich, wenn er seine Zustimmung verweigert. Auf der anderen Seite ist eine Organspende gewiß ein sittlich hochstehender Akt. Wir gehen im folgenden von dieser Erkenntnis aus, ohne sie zu begründen, und ohne die konkreten Realisierungen (Zustimmungslösung, Widerspruchslösung, Informationslösung) hinsichtlich ihres Für und Wider zu diskutieren, sondern fragen, was aus dem hohen sittlichen Wert der Organspende folgt.

- a) Zallererst muß die *Freiheit* des Spenders gewahrt bleiben, weil anderenfalls die Spende aufhört, Spende zu sein. Das schließt neben dem Verbot des Organhandels auch jede Form von Druckausübung aus. Hier ist höchste Wachsamkeit gegenüber einem Klima geboten, das Anspruchshaltungen fördert bzw. den entsprechenden Rechtfertigungsdruck bei Verweigerung erzeugt. Ein solcher ließe sich unschwer in Richtung ‚Organbesitz‘ ausweiten, sodaß es gegenüber der – noch dazu das Gesundheitssystem finanzierenden – Gesellschaft z.B. rechtfertigungspflichtig werden könnte, wieso einer zwei gesunde Nieren hat, wo doch andere diese dringend benötigen würden¹⁰.
- b) Sodann ist *keine Unterstellung* der Zustimmung bei ihrem faktischen Nicht-Vorliegen erlaubt. Weder gegen noch ohne Willen des Betroffenen dürfen Organe entnommen werden, sei dieser vorübergehend oder dauernd bewußtlos. Eine Organexplantation wäre in all diesen Fällen eine ethisch nicht zu vertretende Vivisektion¹¹. Dies gilt auch für einen Sterbenden ohne Aussicht, sein Bewußtsein

je wiederzuerlangen. Ein Sterbender lebt noch, auch wenn sein Leben nur mehr äußerst kurz bemessen ist, und darf nicht wie ein Toter behandelt werden. Hier treten zusätzliche Probleme auf, die nicht übergangen werden dürfen.

- c) Eine Explantation, die den *Tod des Spenders* bewirkt, ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Sie ist es auch nicht mit dem Hinweis, der Spender werde ohnehin unweigerlich in kurzer Zeit nach dem Abbruch des erfolglos verlaufenen Reanimationsversuchs tot sein, und schließlich werde mit der Transplantation das Leben eines anderen gerettet oder zumindest qualitativ erheblich verbessert. Eine Tötung zum Zweck der Lebensrettung anderer ist ethisch durch nichts zu rechtfertigen. Hier gibt es keine Güterabwägung der Art: zwei Menschenleben sind mehr wert als eines – weil es hier, mit Kant gesprochen, nicht um einen Wert, sondern um die Würde des Menschen als eines Freiheitssubjekts geht.

Gegen eine Organentnahme bei einem Sterbenden ist auch dort ethischer Einspruch zu erheben, wo es sich um ein Organ handelt, dessen Explantation bei einem Gesunden ethisch vertretbar wäre. Bei der ethischen Beurteilung einer Handlung ist immer die konkrete Situation mit zu berücksichtigen. Und die ist eben bei einem Sterbenden von der eines Gesunden verschieden. Selbst wenn man hier – kontrafaktisch – überhaupt noch von einer bloßen ‚Zustandsverschlechterung‘ reden könnte, verstößt eine absichtlich herbeigeführte Verschlechterung selbst der letzten Lebensphase, wie sie die eben genannte Organexplantation bei einem Sterbenden darstellte, gegen den ethischen Grundsatz ‚salus aegroti suprema lex‘ bzw. gegen den Grundsatz der Schadensvermeidung (nihil nocere)¹². Schon gar nicht kann man hier damit argumentieren, eine Organentnahme sei zu vergleichen mit einer Operation auf Leben oder Tod im Sinne der ultima ratio einer Lebensrettung, bei der ein letaler Ausgang nicht auszuschließen ist und angesichts Alternativlo-

sigkeit im Hinblick auf das hohe Gut des Lebens in Kauf genommen wird. Man entnimmt ja – zum einen – nicht erkrankte, sondern funktionstüchtige Organe, und dies – zum anderen – nicht wegen der Lebensrettung oder -verbesserung des Betroffenen, sondern wegen der Rettung Dritter.

Wie aber, wenn Zustimmung vorläge, und einer verfügt hätte, sein dann ohnehin im Sterben begriffenes Leben in Form einer für ihn tödlichen Explantation für andere zu opfern – eventuell mit der zusätzlichen Begründung, jeder habe ein Recht, die Todesart selbst zu wählen? In diesem Falle handelte es sich um Tötung auf Verlangen, die mit all den ethischen Problemen belastet ist, wie sie aus der Debatte um die aktive Euthanasie bekannt sind. Die sittliche Aufgabe des Arztes und aller im Heilberuf Tätigen ist die Heilung bzw. die Vermeidung oder Linderung von Schmerzen, nicht aber die Tötung. Das Festhalten an ausschließlich dieser Aufgabe begründet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Dieser muß darauf vertrauen können, daß jener nicht möglicherweise sein Töter wird – auch nicht in den allerletzten Phasen des Sterbens. Dabei verschärft sich die Lage bei einem Sterbenden noch dadurch, daß eines der Hauptargumente, welches die Befürworter einer Tötung auf Verlangen ins Treffen führen – die Tötung aus Mitleid, Tötung als Erlösung des Betroffenen von seinen Schmerzen und seinem Leid – entfällt.

In eine ähnliche Situation gerät man übrigens bei Ablehnung des Ganzhirntodkriteriums bei gleichzeitiger Befürwortung der Organentnahme bei einem Hirntoten, der aber unter diesen Prämissen ein noch Lebender, weil Sterbender ist¹³.

Aus anthropologischer und ethischer Sicht läßt sich zum Problem der non-beating-heart donors unter Zugrundelegung des Ganzhirntodkriteriums abschließend sagen: Eine Organexplantation ohne Sicherheit des eingetretenen Ganzhirntodes kommt einer Tötung gleich und ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Daher ist dies-

bezügliche Sicherheit geboten, wobei dann die entsprechenden ethischen Standards einer Organentnahme von einem Toten zum Tragen kommen. Die Beantwortung der pragmatischen Frage der Mittel und Methoden zur Erlangung der Sicherheit über den eingetretenen Ganzhirntod ist Sache der medizinischen Fachleute.

Referenzen

1. R.M.H. WIJNEN et al., Outcome of transplantation of non-beating-heart donor kidneys, in: *The Lancet*, 1995, 345, 1067-1070. Siehe dazu den Bericht von N. AUNER, Non-beating-heart donors? Zur Organentnahme nach Herzstillstand, in: *Imago Hominis*, 1995, 4, 255 f. AUNER weist auf zwei Gruppen von non-beating-heart donors hin. Einmal sind es Hirntote, bei denen es zum Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen ist, und einmal ist es die oben genannte Gruppe von Patienten, bei denen es zum Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen, und eine cardialrespiratorische Reanimation nach 30 Minuten erfolglos geblieben ist, und bei denen eine Organexplantation ohne Überprüfung oder Nachweis des Hirntodes vorgenommen wird – so die sonstigen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Transplantation erfüllt sind.
2. Das komplexe ethische Problem einer Organtransplantation differenzierter zu behandeln, ist hier nicht die Aufgabe.
3. Vgl. dazu auch D. BIRNBACHER, Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren, in: J. HOFF/ J. IN DER SCHMITTEN (Hgg.), Wann ist der Mensch tot? REINBEK 1994, 28 – 40. „Von einer Definition muß man erwarten können, daß sie ihren Gegenstand unter allen denkbaren Bedingungen erfaßt. Für ein Kriterium ist es ausreichend, daß es seinen Gegenstand unter den faktisch bestehenden Bedingungen anzeigt“ (35).
4. Auf die Gründe des Übergangs vom Kriterium des ‚Herztodes‘ zum ‚Hirntod‘ sowie auf die medizinischen Bedingungen seiner Feststellbarkeit braucht hier nicht eingegangen zu werden. Sie können als bekannt vorausgesetzt werden.
5. Vgl. dazu Verf., Die theoretische Grundlage der Hirntodthese, in: M. SCHWARZ/ J. BONELLI (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Wien/New York 1995, 125 – 146. Die Akzeptanz des Ganzhirntodkriteriums hat keineswegs das Teilhirntodkonzept zur logischen Folge. Mit Recht bemerkt WOLBERT: „Dieser (= der Teilhirntod, G.P.) folgt keineswegs, wie bisweilen behauptet, aus einem ‚konsequent‘ zu Ende gedachten Hirntodkonzept, sondern lediglich aus dessen falscher Begründung“ (W. Wolbert, Zur neueren Diskussion um den Gehirntod, in: *Ethik in der Medizin*, 1996, 8, 6 – 18, 9).
6. Ebensowenig dürfen bei einem Sterbenden Handlungen gesetzt werden, welche die Möglichkeit einer Organentnahme beschleunigen oder verbessern.
7. Es geht im folgenden nur um diese Gruppe.
8. Diese unaufhebbare Spannung wird übersprungen, wo dem Hirntodkriterium entweder ein neuer Dualismus (Gehirn-Körper-Dualismus in Nachfolge des cartesianischen Geist-Körper-Dualismus) oder einfach ein materialistisches Menschenbild im Sinne eines Identismus unterstellt wird.
9. Ich selbst habe meinen Leib, aber ich besitze ihn nicht: Ich kann zwar ein Werkzeug, nicht aber meine Hand aus der Hand legen.
10. Die Nicht-Zustimmung zur Organspende würde unter der Hand zu einer Unterlassung, die schuld am Tod anderer und entsprechend zu ahnden wäre. Diese Bemerkung verliert den Schein des Übertriebenen angesichts der bekannt gewordenen kriminellen Fälle von Organkidnapping.
11. Eine Zustimmung darf im Falle vorübergehender Nichteinwilligungsfähigkeit u.E. auch dann nicht unterstellt werden, wenn von dem faktisch Bewußtlosen eine – in welcher Form auch immer (schriftlich oder vertrauenswürdigen Zeugen gegenüber mündlich) geäußerte – Zustimmung zu einer Organspende vorläge. Bei temporärer Nicht-Einwilligungsfähigkeit besteht die Möglichkeit eines Widerrufs, dessen Aufhebung in Form vollendeter Tatsachen einen ethisch nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Freiheitsrechte des anderen bedeutet.
12. In Wahrheit ist eine ernstgemeinte Rede von einer bloßen Zustandsverschlechterung Zynismus. Zu wissen, daß jemand einen Eingriff nicht überleben wird können, und ihn dennoch vorzunehmen, heißt jemanden töten.
13. Angesichts der sachlich unlösbaren Verquickung von Tötung auf Verlangen in Form der Organentnahme von einem Sterbenden (non-beating-heart donor) und in Form einer Mitleidstötung (aktive Euthanasie) fragt es sich mit WOLBERT, ob man im Falle der Ablehnung des Hirntodkriteriums bei gleichzeitiger Befürwortung einer Organentnahme bei einem (dann noch lebenden) Hirntoten nicht vom Regen in die Traufe kommt – „in die Traufe der schwerwiegenden Ausnahme von einem entscheidenden Grundsatz? Wieso soll das die einzige Ausnahme bleiben? Etwa nur, weil ein allgemeines Verbot der Organtransplantation ‚heute weder durchsetzbar noch erstrebenswert‘ erscheint? Wieso ist nur in diesem Fall die Tötung auf Verlangen erstrebenswert? Soll die Durchsetzbarkeit hier ein rechtliches oder moralisches Kriterium sein?“ (a.a.O. 16).

Univ.Prof.Dr.Günther PÖLTNER
Institut für Philosophie, Universität Wien
Universitätsstraße 7, A-1010 Wien

Non-heart-beating donors aus rechtlicher Sicht

Christian KOPETZKI

1. Die unter dem Titel der „non heart beating donors“¹ diskutierte Frage der Zulässigkeit einer Organentnahme von Patienten mit Herzstillstand ohne gesonderten Hirntodnachweis ist in der österreichischen Rechtsordnung nicht speziell geregelt. Auszugehen ist daher von der einschlägigen Bestimmung des § 62a Abs 2 KAG, wonach eine Organentnahme zu Transplantationszwecken an Verstorbenen – abgesehen von den hier nicht weiter interessierenden zusätzlichen Bedingungen wie Mangel eines rechtserheblichen Widerspruchs, Unabhängigkeit der Todesfeststellung² etc – erst durchgeführt werden darf, „wenn ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt den eingetretenen Tod festgestellt hat“³.

Wie hier nicht neuerlich darzulegen ist, ist mit dem Begriff „Tod“ im § 62a Abs 2 KAG der *Hirntod* im Sinne des irreversiblen Funktionsausfalls des gesamten Gehirns gemeint⁴. Diese im Wege der Auslegung erschließbare Festlegung des Gesetzgebers auf das Hirntodkonzept schließt es aus, den Herzstillstand für sich genommen als „Tod“ im Sinne der transplantationsrechtlichen Regelung des KAG zu deuten.

Mit der Organentnahme von „Non heart beating donors“ darf es demnach aus rechtlicher Sicht zu keiner über die Gruppe der hirntoten Patienten hinausgehenden Erweiterung des Spenderkreises kommen. Wenn in diesem Zusammenhang im Schrifttum eine Gegenüberstellung von „hirntoten“ Spendern einerseits und „non heart beating donors“ andererseits vorgenommen wird⁵, so ist dies zumindest sprachlich insofern mißverständlich, als auch beim „non heart beating donor“ eine Entnahme dann und *nur dann* rechtlich zulässig ist, wenn der Hirntod eingetreten ist und dieser Todeseintritt entsprechend den Maßstäben des § 62a Abs 2 KAG fest-

gestellt wurde. Andernfalls läge eine Entnahme vom *lebenden* Patienten vor, für welche völlig andere und wesentlich restriktivere Regeln gelten⁶.

2. Es kann also aus rechtlicher Perspektive nicht darum gehen, ob künftig zusätzlich bzw alternativ zum Hirntod ein *anderer* – nämlich am Herzstillstand anknüpfender – *Todesbegriff* Anwendung finden darf; die Frage kann sich legitimerweise nur darauf richten, wie der eingetretene Hirntod im Einzelfall *nachzuweisen* ist. Anders formuliert: Muß zum Nachweis des obligaten Hirntodes in jedem Fall das übliche Verfahren zur Hirntodfeststellung durchgeführt werden, oder genügt es unter Umständen, daß aus anderen (klinischen) Befunden (etwa Herzstillstand und erfolglose Reanimationsbemühungen während eines gewissen Zeitraums) auf das Vorliegen des Hirntodes geschlossen wird.

In diesem Punkt ist nun darauf hinzuweisen, daß die anzuwendenden Methoden des Hirntodnachweises vom Gesetz gar nicht zwingend vorgeschrieben werden⁷. Verpflichtend ist gem. § 62a Abs 2 KAG vielmehr nur, daß der eingetretene Tod – und das ist im vorliegenden Zusammenhang wie erwähnt der Hirntod – von einem zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt festgestellt worden ist⁸, wobei dieser Arzt weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen und auch sonst an diesen Eingriffen weder beteiligt noch durch sie betroffen sein darf. Welche Methoden bei dieser Todesfeststellung zum Einsatz kommen müssen, ergibt sich aus dem jeweiligen Stand der Medizin. Die Rechtsordnung fordert weder eine bestimmte Symptomatik noch die Einhaltung bestimmter Fristen; gefordert ist lediglich, daß im Einzelfall der Hirntod – also der irreversible zerebrale Funktionsausfall – nachgewiesen wird. Einzelne Sympto-

me und Befunde vermögen allenfalls zu beweisen, daß dies der Fall ist, daß also ein Sachverhalt vorliegt, der dem Rechtsbegriff des (Hirn-)Todes gem § 62a Abs 2 KAG entspricht. Bestehen für eine bestimmte Situation medizinische Erfahrungssätze, die einen sicheren Rückschluß aus klinischen Parametern auf den Eintritt des Hirntodes erlauben, so ist ein spezielles Nachweisverfahren zur Hirntodfeststellung insoweit entbehrlich, als die Feststellung des Todes dann eben methodisch auf andere Weise als durch die gesonderte Hirntoddiagnose möglich ist.

In diesem Sinn ist zB anerkannt, daß die gesonderte Hirntoddiagnose entfallen darf, wenn der Tod bereits anhand klinischer und äußerlich sichtbarer Todeszeichen festgestellt werden kann. Sollen etwa – um bei einem unproblematischen Beispiel zu bleiben – einer bereits totenstarrten Leiche in einem pathologischen oder gerichtsmmedizinischen Institut Gehörknöchelchen entnommen werden, so genügt eine methodisch „vereinfachte“ Todesfeststellung ohne komplizierte technische Nachweisverfahren⁹. Das bedeutet aber – wie neuerlich zu betonen ist – nicht, daß in solchen Fällen ein vom Hirntod abweichender Todesbegriff Anwendung fände, sondern bloß, daß der Hirntod dann nicht gesondert festgestellt werden muß, wenn zB bereits später auftretende Todeszeichen vorliegen, deren Eintritt den stattgefundenen Hirntod voraussetzen¹⁰.

Beim Problem der „Non heart beating donors“ muß die maßgebliche Frage daher dahin gehen, ob bzw unter welche zusätzlichen Prämissen aus dem Umstand des Herzstillstandes ein verlässlicher Schluß auf den Eintritt des Hirntodes gezogen werden kann. Diese Frage ist im Kern keine rechtliche, sondern eine medizinische Frage. Existiert ein nachweisbarer medizinisch-naturwissenschaftlicher Erfahrungssatz, der besagt, daß nach Ablauf einer bestimmten Zeitspanne nach dem Herzstillstand der irreversible Ausfall der gesamten Hirnfunktionen iS des Hirntodes mit Sicherheit eintritt, dann ersetzt der Befund „Herzstillstand“ bzw der Ab-

lauf der Frist den gesonderten Hirntodnachweis, *weil und sofern eben der Hirntod eine notwendige und unausweichliche Konsequenz des Herzstillstandes* darstellt. Existiert ein derartiger Erfahrungssatz nicht, oder bleibt zweifelhaft, ob der Konnex zwischen Herzstillstand und Hirntod tatsächlich immer und mit Sicherheit besteht, dann darf hingegen aus dem Herzstillstand auch kein Rückschluß auf den Hirntod gezogen und demzufolge auch keine Entnahme durchgeführt werden.

Feststeht nach dem bisher Gesagten jedenfalls, daß der Herzstillstand für sich genommen die Organentnahme nie rechtfertigen kann. Denn zum einen wäre ja erst zu klären, ob nicht noch eine rechtliche Reanimationspflicht besteht, die den Hirntod möglicherweise abwenden oder verzögern könnte. Und zum anderen wäre auch bei Fehlen einer Reanimationspflicht zusätzlich anhand entsprechender Erfahrungssätze erst zu begründen, daß im konkreten Fall der Herzstillstand bereits den Hirntod nach sich gezogen hat.

Mit Sicherheit kann gesagt werden, daß die bloße *Prognose* des Hirntodes – also die wenn auch noch so große Wahrscheinlichkeit, daß der Hirntod nach dem Herzstillstand eintreten *wird* – rechtlich nicht genügt. In einer solchen Konstellation kann man zwar von einem *künftig* mit Sicherheit eintretenden Hirntod sprechen. Das Gesetz fordert aber, daß im Zeitpunkt der Organentnahme der (Hirn-)Tod *bereits eingetreten ist* und dieser Hirntodeintritt von einem entsprechend befugten und qualifizierten Arzt auch *festgestellt* wurde (§ 62a Abs 2 KAG). Eine solche Feststellung kann aber nie *vor* dem Eintritt des Hirntodes getroffen werden.

Selbstverständlich ist ein Schluß vom Herzstillstand auf den Eintritt des Hirntodes auch dann unzulässig, wenn gleichzeitige Reanimationsmaßnahmen den Eintritt des Hirntodes verhindern. In einem solchen Fall tritt der Hirntod ja – als Folge ärztlicher Intervention – möglicherweise gerade nicht ein. Der Umstand, daß der Hirntod eintreten *würde*, sobald die Reanimationsmaßnahmen abgebrochen werden, ver-

mag den Hirntodnachweis nicht zu ersetzen und eine Explantation nicht zu rechtfertigen.

3. Im Grunde verlagert sich daher die rechtliche Problematik vielfach auf die Frage, wann bei Vorliegen eines Herzstillstandes weitere *Reanimationsmaßnahmen* vorgenommen werden müssen. Nur wenn eine solche Reanimationspflicht zu verneinen ist, kann überhaupt Raum für die Überlegung sein, ob aus dem Herzstillstand und dem Verstreichen einer – anhand medizinischen Wissens zu bemessenden – Wartefrist ein Schluß auf den Hirntodeintritt gezogen werden darf. Diese Frage nach dem Bestand einer Reanimationspflicht bei noch nicht eingetretenem Hirntod¹¹ würde eine eigene Untersuchung erfordern und kann in diesem Rahmen nicht geleistet werden. Für den vorliegenden Zusammenhang mag der Hinweis genügen, daß die ärztliche Behandlungspflicht und damit auch die Pflicht zur Reanimation und Intensivbehandlung nach herrschender Auffassung jedenfalls dann endet, sobald jene Phase erreicht ist, in der das Sterben nach ärztlicher Erfahrung *unabwendbar* erscheint, eine weitere medizinische Intervention daher nur zu einer künstlichen Verlängerung des Sterbevorganges führen würde¹².

Trifft diese Voraussetzung im konkreten Fall zu und wird die Reanimation demnach zulässigerweise *eingestellt*, so spricht rechtlich meines Erachtens nichts dagegen, nach Ablauf einer bestimmten Zeitspanne den eingetretenen Hirntod festzustellen, weil und sofern dieser zwingende Kausalzusammenhang zwischen Herzstillstand und Hirntodeintritt medizinisch sicher begründbar ist. *Ob* dieser Zusammenhang tatsächlich immer besteht und *wie lange* die einzuhaltende „Wartefrist“ ist, ist wie erwähnt eine durch medizinisches Fachwissen zu lösende Frage, die durch rechtliche Überlegungen nicht beantwortet werden kann.

Nochmals betont sei allerdings, daß der Zeitpunkt des – wenngleich zulässigen – Abbruchs der Reanimationsmaßnahmen nicht automatisch die Zulässigkeit der Organentnahme nach sich zieht. Denn das Ende der Behandlungs-

pflcht knüpft an der Aussichtslosigkeit weiterer Maßnahmen und an der Unausweichlichkeit des *künftigen* Todeseintritts an, während die Zulässigkeit der Entnahme den *bereits eingetretenen* Hirntod (und nicht bloß die *Erwartung* des Hirntodes) voraussetzt. Der „sicher zu erwartende Tod“ mag daher unter den skizzierten Voraussetzungen grundsätzlich die Reanimationspflicht beenden, berechtigt aber noch nicht zur Explantation, solange der eingetretene Hirntod nicht aus anderen Befunden verläßlich erschlossen werden kann.

Referenzen

1. Vgl. dazu etwa R.M.J. WIJNEN, M.H. BOOSTER, B.M. STUBENITSKY, J. DE BOER, E. HEINMANN, G. KOOSTRA, Outcome of transplantation of non-heart-beating donor kidneys, *The Lancet*, 1995, Vol 345, 1067; N. AUNER, Non heart beating donors? Zur Organentnahme nach Herzstillstand, *Imago hominis* 1995, 255; E. DEUTSCH *Medizinrecht*, 1997, 360, 3. Auflage.
2. Dazu näher KOPETZKI, Organengewinnung zu Zwecken der Transplantation (1988); G. KALCHSCHMID, *Die Organtransplantation* (1997).
3. Zur gebotenen Unabhängigkeit des den Tod feststellenden Arztes vgl. näher KOPETZKI, Organengewinnung 192 ff.
4. MW N KOPETZKI, Organengewinnung 176 ff; ders. Rechtliche Voraussetzungen der Hirntodbestimmung, in: G. SCHWARZ, W. KRÖLL, W. FLIST (Hg), *Schädel-Hirn-Trauma/Hirntod. Beiträge zur Anaesthesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin*, 1995, 45, 231 f.
5. Vgl. zB N. AUNER, *Imago hominis* 1995, 255.
6. Dazu zB KOPETZKI, Organengewinnung 250 ff; KALCHSCHMID, *Organtransplantation* 174 ff.
7. Näher KOPETZKI, Organengewinnung 185 ff; ders. Voraussetzungen der Hirntodbestimmung 234 ff.
8. Zu weiteren Anforderungen an den todesfeststellenden Arzt bzw das Ärzteteam vgl. näher KOPETZKI, Organengewinnung 192 ff.
9. Vgl. dazu KOPETZKI, Organengewinnung 193 f.
10. KOPETZKI, Organengewinnung 194.
11. Nach Eintritt des Hirntodes ist eine Reanimationspflicht jedenfalls zu verneinen: vgl. nur KIENAPFEL, *Strafrecht BT I* Vorbem § 75 StGB Rz II.
12. Statt vieler und mw N KIENAPFEL, *Strafrecht BT I* Vorbem § 75 StGB Rz 20, 26. Vgl. auch *ibid* § 95 StGB Rz 24 ff. Zum Ganzen instruktiv auch E. BERNAT, *Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille RdM* 1995, 51.

Univ. Prof. Dr. Christian KOPETZKI
Institut für Staats- und Verwaltungsrecht
Schottenbastei 10-16, A-1010 Wien

„Es besteht eine Zweideutigkeit“

Wortlaut des Papst-Briefes zur kirchlichen Schwangerenkonfliktberatung in Deutschland

Den verehrten Brüdern im Bischofsamt in Deutschland Gruß und Apostolischer Segen!

1. Am 27. Mai 1997 haben wir entsprechend der Bitte von Herrn Bischof Karl Lehmann, dem Vorsitzenden Eurer Bischofskonferenz, miteinander die Fragen über die rechte Zuordnung der katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen zur staatlich geregelten Beratung gemäß dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 besprochen und vertieft. Noch einmal danke ich Euch für diese Begegnung, in der Ihr Euer lebendiges Verantwortungsbewußtsein gegenüber dem Evangelium des Lebens sowie Eure Bereitschaft, in Einheit mit dem Nachfolger Petri die richtige Entscheidung zu finden, zum Ausdruck gebracht habt.

In den seither vergangenen Monaten habe ich die verschiedenen Gesichtspunkte der Frage erneut studiert, mich weiter über sie beraten und das Problem im Gebet vor den Herrn getragen. So möchte ich heute, wie am Ende der Gespräche angekündigt, die erzielten Ergebnisse noch einmal zusammenfassen und gemäß meiner Verantwortung als oberster Hirte der Kirche einige Richtlinien für das künftige Verhalten in den umstrittenen Punkten geben.

2. Eure Bischofskonferenz setzt sich seit Jahrzehnten in unmißverständlicher Weise ein, um die Botschaft von der unantastbaren Würde des menschlichen Lebens in Wort und Tat zu bezeugen. Denn obgleich das Recht auf Leben in der Verfassung Eures geschätzten Landes eine klare Anerkennung findet, hat der Gesetzgeber die Tötung ungeborener Kinder dennoch in bestimmten Fällen legalisiert, in anderen Fällen für straffrei erklärt, auch wenn dabei der

Charakter der Unrechtmäßigkeit gewahrt bleibt. Eure Bischofskonferenz hat sich zu Recht mit dem früheren und dem jetzt geltenden Abtreibungsgesetz nicht abgefunden, sondern freimütig und unerschrocken gegen die Abtreibung Stellung genommen. In vielen Ansprachen, Erklärungen, ökumenischen Initiativen und anderen Beiträgen, unter denen besonders das Hirtenwort „Menschenwürde und Menschenrechte von allem Anfang an“ vom 26. September 1996 zu erwähnen ist, habt Ihr den Wert des menschlichen Lebens von der Empfängnis an verkündet und verteidigt.

Im Kampf um das ungeborene Leben muß sich die Kirche in unseren Tagen immer mehr von der sie umgebenden Umwelt unterscheiden. Sie hat dies von ihren Anfängen an getan (vgl. Brief an Diognet 5.1-6.2) und tut es bis heute. „Bei der Verkündigung dieses Evangeliums dürfen wir nicht Feindseligkeit und Unpopularität fürchten, wenn wir jeden Kompromiß und jede Zweideutigkeit ablehnen, die uns der Denkweise dieser Welt angleichen würde (vgl. Röm 12,2). Wir sollen in der Welt, aber nicht von der Welt sein (vgl. Joh 15,19; 17,16) mit der Kraft, die uns von Christus kommt, der durch seinen Tod und seine Auferstehung die Welt besiegt hat (vgl. Joh 16,33)“ (*Evangelium vitae*, Nr.82). Durch Eure vielfältigen Bemühungen im Dienst am Leben habt Ihr diese Worte in die Tat umgesetzt und dazu beigetragen, daß die Haltung der Kirche zur Frage des Lebensschutzes den Bürgern Eures Landes von Kindesbeinen an vertraut ist. Ich möchte Euch aus ganzem Herzen meine Wertschätzung und meine volle Anerkennung für diesen unermüdlichen Einsatz aussprechen. Ebenso danke ich allen, die in der Öffentlichkeit das Lebensrecht eines jeden Menschen verteidigen. Besondere

Erwähnung verdienen dabei die Politiker, die sich in Vergangenheit und Gegenwart nicht scheuen, die Stimme für das Leben der ungeborenen Kinder zu erheben.

3. Neben einigen positiven Aussagen über den Lebensschutz und über die Notwendigkeit der Beratung sieht das Gesetz vom 21. August 1995 vor, daß die Abtreibung bei Vorliegen einer sehr vage umschriebenen „medizinischen Indikation“ bis zur Geburt rechtmäßig ist. Diese Bestimmung habt Ihr zu Recht heftig kritisiert. Ebenso ist die Legalisierung der Abtreibung bei Vorliegen einer „kriminologischen Indikation“ für gläubige Christen und für alle Menschen mit wachem Gewissen völlig unannehmbar. Ich bitte Euch, weiterhin alle möglichen Schritte zur Änderung dieser gesetzlichen Verfügungen zu unternehmen.

4. Nun wende ich mich den neuen Gesetzesbestimmungen über die Beratung der schwangeren Frauen in Not zu, weil diese bekanntlich für die kirchliche Sendung im Dienst am Leben und für das Verhältnis von Kirche und Staat in Eurem Land von erheblicher Bedeutung sind. Aufgrund meiner Besorgnis über die neuen Bestimmungen fühlte ich mich verpflichtet, am 21. September 1995 in einem persönlichen Brief einige Grundsätze in Erinnerung zu rufen, die in dieser Sache sehr wichtig sind. Ich lenkte Eure Aufmerksamkeit unter anderem darauf, daß die positive gesetzliche Definition der Beratung im Sinn des Lebensschutzes durch gewisse zweideutige Formulierungen abgeschwächt wird und daß die von den Beraterinnen auszustellende Beratungsbescheinigung nunmehr einen anderen juristischen Stellenwert hat als in der vorigen gesetzlichen Regelung. Ich ersuchte Euch, die kirchliche Beratungstätigkeit neu zu definieren und dabei darauf zu achten, daß die Freiheit der Kirche nicht beeinträchtigt wird und kirchliche Einrichtungen nicht für die Tötung unschuldiger Kinder mitverantwortlich gemacht werden können.

In den „Vorläufigen Bischöflichen Richtlinien“ habt Ihr das Ziel der kirchlichen Beratung gegenüber dem Gesetz weiter im Sinn des unbedingten Lebensschutzes präzisiert. Durch diese und andere Maßnahmen habt Ihr den kirchlichen Beratungsstellen ein deutliches eigenes Profil gegeben. Im Ringen um die staatliche Anerkennung der „Vorläufigen Bischöflichen Richtlinien“ in den einzelnen Ländern ist die eigenständige Position der Kirche in der Frage weiter zutage getreten.

5. Umstritten blieb die Problematik der Beratungsbescheinigung, die gewiß nicht aus dem Beratungskonzept herausgelöst werden kann, aber sorgsam gemäß ihrer objektiven rechtlichen Bedeutung zu bewerten ist. In der Ansprache vom 22. Juni 1996 während meiner Pastoralreise in Deutschland stellte ich fest: „Von unserem Glauben her ist klar, daß von kirchlichen Institutionen nicht getan werden darf, was in irgendeiner Form der Rechtfertigung der Abtreibung dienen kann“.

Um in der Frage des Beratungsscheines eine Lösung zu finden, kam es – in Fortführung einer ersten Unterredung am 5. Dezember 1995 – am 4. April 1997 zu einem zweiten Gespräch zwischen einer Delegation Eurer Bischofskonferenz und Vertretern der Kongregation für die Glaubenslehre, bei dem trotz einer grundlegenden Einmütigkeit in der Lehre der Kirche zum Lebensschutz und in der Verurteilung der Abtreibung wie auch in der Notwendigkeit einer umfassenden Beratung schwangerer Frauen in Not die strittige Frage der Beratungsbescheinigung nicht endgültig gelöst werden konnte. Während der Begegnung am 27. Mai 1997 wurden alle zu berücksichtigenden Elemente noch einmal in einer brüderlichen Atmosphäre freimütig und offen vorgetragen.

In meinem Auftrag, die Brüder zu stärken (vgl. Lk 22,32), richte ich mich nun wiederum an Euch, liebe Mitbrüder. Es geht nämlich um eine pastorale Frage mit offenkundigen lehrmäßigen Implikationen, die für die Kirche und für

die Gesellschaft in Deutschland und weit darüber hinaus von Bedeutung ist. Auch wenn die gesetzliche Situation in Eurem Land einzigartig ist, so betrifft das Problem, wie wir das Evangelium des Lebens in der pluralistischen Welt von heute wirksam und glaubwürdig verkünden, doch die Kirche insgesamt. Der Auftrag, das Leben in allen seinen Phasen zu schützen, läßt keine Abstriche zu. Daraus folgt, daß die Botschaft und die Handlungsweise der Kirche in der Frage der Abtreibung in ihrem wesentlichen Gehalt in allen Ländern dieselben sein müssen.

6. Ihr legt großen Wert darauf, daß die katholischen Beratungsstellen in der Schwangerenberatung öffentlich präsent bleiben, um durch eine zielorientierte Beratung viele ungeborene Kinder vor der Tötung zu retten und den Frauen in schwierigen Lebenssituationen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zur Seite zu stehen. Ihr unterstreicht, daß die Kirche in dieser Frage – um der ungeborenen Kinder willen – die vom Staat eröffneten Spielräume zugunsten des Lebens und der Beratung so weit wie möglich nützen muß und nicht die Verantwortung auf sich nehmen kann, mögliche Hilfeleistungen unterlassen zu haben. Ich unterstütze Euch in diesem Anliegen und hoffe sehr, daß die kirchliche Beratung kraftvoll weitergeführt werden kann. Die Qualität dieser Beratung, die sowohl den Wert des ungeborenen Lebens wie auch die Schwierigkeiten der schwangeren Frau ganz ernst nimmt und eine Lösung auf der Basis von Wahrheit und Liebe anstrebt, wird die Gewissen vieler Ratsuchender anrühren und für die Gesellschaft ein mahnender Aufruf sein.

Ich möchte in diesem Zusammenhang den Einsatz der katholischen Beraterinnen der „Caritas“ und des „Sozialdienstes katholischer Frauen“ sowie einiger anderer Beratungsstellen ausdrücklich hervorheben. Ich kenne den guten Willen der Beraterinnen und weiß um ihre Mühen und Sorgen. Ich möchte ihnen aufrich-

tig für ihr Engagement danken und sie bitten, weiterhin für jene zu kämpfen, die keine Stimme haben und ihr Lebensrecht noch nicht selber verteidigen können.

7. Was nun die Frage der Beratungsbescheinigung betrifft, möchte ich wiederholen, was ich Euch schon im Brief vom 21. September 1995 geschrieben habe: „Sie bestätigt, daß eine Beratung stattgefunden hat, ist aber zugleich ein notwendiges Dokument für die straffreie Abtreibung in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft“. Ihr selber habt diese widersprüchliche Bedeutung des Beratungsscheines, die im Gesetz verankert ist, mehrmals als „Dilemma“ bezeichnet. Das „Dilemma“ besteht darin, daß die Bescheinigung die Beratung zugunsten des Lebensschutzes bestätigt, aber zugleich die notwendige Bedingung für die straffreie Durchführung der Abtreibung bleibt, auch wenn sie gewiß nicht deren entscheidende Ursache ist.

Der positive Text, den ihr dem von katholischen Stellen ausgestellten Beratungsschein gegeben habt, kann diese widersprüchliche Spannung nicht grundsätzlich beheben. Die Frau kann den Schein aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen dazu gebrauchen, um nach einer dreitägigen Frist straffrei und in öffentlichen Einrichtungen und zum Teil auch mit öffentlichen Mitteln abtreiben zu lassen. Es ist nicht zu übersehen, daß der gesetzlich geforderte Beratungsschein, der gewiß zuerst die Pflichtberatung sicherstellen will, faktisch eine Schlüsselfunktion für die Durchführung straffreier Abtreibungen erhalten hat. Die katholischen Beraterinnen und die Kirche, in deren Auftrag die Beraterinnen in vielen Fällen handeln, geraten dadurch in eine Situation, die mit ihrer Grundauffassung in der Frage des Lebensschutzes und dem Ziel ihrer Beratung in Konflikt steht. Gegen ihre Absicht werden sie in den Vollzug eines Gesetzes verwickelt, der zur Tötung unschuldiger Menschen führt und vielen zum Ärgernis gereicht.

Nach gründlicher Abwägung aller Argumente kann ich mich der Auffassung nicht entziehen, daß hier eine Zweideutigkeit besteht, welche die Klarheit und Entschiedenheit des Zeugnisses der Kirche und ihrer Beratungsstellen verdunkelt. Deshalb möchte ich Euch, liebe Brüder, eindringlich bitten, Wege zu finden, daß ein Schein solcher Art in den kirchlichen oder der Kirche zugeordneten Beratungsstellen nicht mehr ausgestellt wird. Ich ersuche Euch aber, dies auf jeden Fall so zu tun, daß die Kirche auf wirksame Weise in der Beratung der hilfesuchenden Frauen präsent bleibt.

8. Verehrte Mitbrüder! Ich weiß, daß die Bitte, die ich an Euch richte, ein nicht leichtes Problem anrührt. Schon seit langem und verstärkt seit der Begegnung vom 27. Mai 1997 ist von vielen Seiten, auch von Menschen, die sich für die Kirche und in der Kirche einsetzen, nachdrücklich vor einem solchen Entscheid gewarnt worden, der die Frauen in Konfliktsituationen ohne den Beistand der Glaubensgemeinschaft lasse. Ebenso nachdrücklich ist freilich auch von gläubigen Menschen aller Schichten und Stände angemahnt worden, daß der Schein die Kirche in die Tötung unschuldiger Kinder verwickelt und ihren unbedingten Widerspruch gegen die Abtreibung weniger glaubwürdig macht.

Ich habe beide Stimmen sehr ernst genommen und respektiere die leidenschaftliche Suche nach dem rechten Weg der Kirche in dieser wichtigen Sache auf beiden Seiten, fühle mich aber um der Würde des Lebens willen gedrängt, die oben dargelegte Bitte an Euch zu richten. Zugleich anerkenne ich, daß die Kirche sich ihrer öffentlichen Verantwortung nicht entziehen kann, am allerwenigsten da, wo es um das Leben und die Würde des Menschen geht, den Gott geschaffen und für den Christus gelitten hat. Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz bietet viele Möglichkeiten, um in der Beratung präsent zu bleiben; die Präsenz der Kirche darf letztlich nicht

vom Angebot des Scheins abhängen. Nicht nur der Zwang einer gesetzlichen Vorschrift darf es sein, der die Frauen zu den kirchlichen Beratungsstellen führt, sondern vor allem die sachliche Kompetenz, die menschliche Zuwendung und die Bereitschaft zu konkreter Hilfe, die darin anzutreffen sind. Ich vertraue darauf, daß Ihr mit den vielfältigen Möglichkeiten Eurer Institutionen und Eurer Organisationen, mit dem reichen Potential an intellektuellen Kräften wie an Innovationsfähigkeit und Kreativität Wege finden werdet, die Präsenz der Kirche in der Beratung nicht nur nicht vermindern zu lassen, sondern noch zu verstärken. Ich bin davon überzeugt, daß Ihr in der geistigen Auseinandersetzung, die in der Gesellschaft Eures Landes bereits stattfindet und die nun folgen wird, alle Eure Kräfte mobilisieren könnt, um den Weg der Kirche nach innen und nach außen verständlich zu machen, so daß er auch dort wenigstens Respekt findet, wo man nicht glaubt, ihn billigen zu können.

Daß die Kirche den Weg des Gesetzgebers in einem konkreten Punkt nicht mitgehen kann, wird ein Zeichen sein, das gerade im Widerspruch zur Schärfung des öffentlichen Gewissens beiträgt und damit letztlich auch dem Wohl des Staates dient: „Das Evangelium vom Leben ist nicht ausschließlich für die Gläubigen da: es ist für alle da. ... Unser Handeln als ‚Volk des Lebens und für das Leben‘ verlangt daher, richtig ausgelegt und mit Sympathie aufgenommen zu werden. Wenn die Kirche die unbedingte Achtung vor dem Recht auf Leben jedes unschuldigen Menschen – von der Empfängnis bis zu seinem natürlichen Tod – zu einer der Säulen erklärt, auf die sich jede bürgerliche Gesellschaft stützt, will sie lediglich einen humanen Staat fördern. Einen Staat, der die Verteidigung der Grundrechte der menschlichen Person, besonders der schwächsten, als seine vorrangige Pflicht anerkennt“ (*Evangelium vitae*, Nr. 101)“.

Noch einmal danke ich Euch für Euer vielfältiges Bemühen, das Leben der ungeborenen

Kinder zu schützen, und ebenso für Eure Bereitschaft, die katholische Beratungstätigkeit neu zu umschreiben. Ich empfehle die Euch anvertrauten Gläubigen – im besonderen die in der Beratung engagierten Frauen und Männer sowie alle schwangeren Frauen in Not – Maria,

der Mutter vom Guten Rat, und erteile Euch von Herzen den Apostolischen Segen.

Aus dem Vatikan, am 11. Jänner 1998, dem Fest der Taufe des Herrn
Johannes PAUL II.

„Wir werden nach neuen Wegen suchen“

Wortlaut der Erklärung der deutschen Bischöfe zum Papst-Brief

Das Schreiben des Papstes an die deutschen Bischöfe nimmt Bezug auf eine mehrjährige Diskussion über das Verhältnis der kirchlichen Beratungsstellen zum staatlich anerkannten System der Schwangerenkonfliktberatung. Der Hl. Vater hat uns Bischöfen einen verstehenden und brüderlichen Brief geschrieben, der um die nicht leichte Problematik und die verschiedenen Positionen in unserer Kirche weiß.

Das Schreiben des Papstes und der offizielle Kommentar, veröffentlicht im „Osservatore Romano“ vom 27. Jänner 1998, sind in einer Sprache geschrieben, die weitgehend auf theologische Fachterminologie verzichtet. Gerade darum bedarf das Schreiben einer sorgfältigen und differenzierten Analyse, ohne daß von außen herangetragene Vor-Urteile maßgebend werden dürfen.

Wir danken dem Hl. Vater, daß er die Bemühungen der Kirche in unserem Land für die Rettung des Lebens ungeborener Kinder auf allen Ebenen ausdrücklich anerkennt, ganz besonders auch im Blick auf die Beraterinnen. Wir danken ihm, daß er die Bischöfe ermutigt, nach Kräften und wirksam die Beratungstätigkeit fortzusetzen. Gerade in den letzten Tagen ist in der öffentlichen Meinung offenbar geworden, welche hohe Anerkennung die kirchlichen Beratungsstellen auch außerhalb der kirchlichen Gemeinschaft gefunden haben. Wir haben Grund, für die Tätigkeit dieser Beratungsstellen mit dem Hl. Vater dankbar zu sein.

In dem Schreiben unterstreicht der Papst mehrmals und deutlich die grundlegende Einmütigkeit zwischen dem Hl. Stuhl und den deutschen Bischöfen in der Lehre der Kirche zum Schutz des ungeborenen Kindes und in

der Verurteilung der Abtreibung wie auch in der Notwendigkeit einer umfassenden Beratung schwangerer Frauen in Not.

Wie in der bisherigen Diskussion spitzt sich das Problem auf die Interpretation und Bewertung des Beratungsscheins zu. Der Nachweis einer Beratung, die ausschließlich dem Schutz des ungeborenen Kindes dienen soll, kann unter bestimmten Voraussetzungen leider auch dazu gebraucht werden, eine straffrei bleibende Abtreibung vorzunehmen, auch wenn diese rechtswidrig bleibt. Dieses Bewußtsein der Unrechtmäßigkeit hat sich in unserer Gesellschaft allerdings zu wenig durchsetzen können, so daß nicht zuletzt dadurch der „Schein“ in ein gewisses Zwielficht gekommen ist. Daran hat auch eine manchmal undifferenzierte Bewertung des Scheins einen gewissen Anteil. Zugleich hat sich die gesellschaftliche Bewußtseinslage für die Rettung des bedrohten ungeborenen Kindes in letzter Zeit durch verschiedene Vorgänge verschlechtert. Wir müssen mit Enttäuschung zur Kenntnis nehmen, daß der Beratungsschein in einem solchen „Klima“ seine vom Gesetz intendierte Wirkung nur bedingt bzw. kaum entfalten kann und vor der zweideutigen Annahme, es könnte ein „Recht auf Abtreibung“ geben, nicht genügend geschützt werden kann.

Vor diesem Hintergrund schreibt der Hl. Vater: „Deshalb möchte ich Euch, liebe Brüder, eindringlich bitten, Wege zu finden, daß ein Schein solcher Art in den kirchlichen oder der Kirche zugeordneten Beratungsstellen nicht mehr ausgestellt wird. Ich ersuche Euch aber, dies auf jeden Fall so zu tun, daß die Kirche auf wirksame Weise in der Beratung der hilfeschuchenden Frauen präsent bleibt“.

Wir werden dieser Bitte Folge leisten. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die kirchliche Beratung vermindert wird. Im Gegenteil: Wir werden sie noch verstärken. Der Papst selbst wünscht ausdrücklich, daß wir die im staatlichen Beratungssystem gegebenen Spielräume zur Rettung des ungeborenen Kindes „soweit wie möglich“ nützen. Von einer Aufforderung, aus der gesetzlichen Beratung auszusteigen, kann also keine Rede sein.

Es geht nicht darum, daß die Kirche ihre Anstrengungen vermindert, schwangere Frauen in Not zu beraten und ihnen Hilfen anzubieten. Diese Konfliktberatung, wo es um Leben und Tod des ungeborenen Kindes geht, soll nur ferngehalten werden vom Anschein der Zweideutigkeit und einer Verdunkelung des lebendigen Zeugnisses für das Lebensrecht des ungeborenen Kindes.

Wir machen keine Abstriche im Angebot und in der Qualität der Beratung für schwangere Mütter in Not. Wir werden, wie vom Papst vorgeschlagen, nach Wegen suchen, wie wir ohne einen solchen Schein auch in Konfliktsituationen eine wirksame Beratung durchführen können. Wir werden uns um eine Fassung der Beratungstätigkeit bemühen, die ohne einen Schein der bisherigen Art erfolgt. Dabei sind wir uns bewußt, daß es wohl keinen Lösungsweg geben kann, der nicht auch Nachteile in sich birgt und Bedenken auslösen kann.

Wir haben beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Ihr wird der Auftrag erteilt, genauer nach möglichen neuen Wegen zu suchen, die dem Anliegen des Papstes und unserem Anliegen entsprechen, daß die Kirche auf wirksame Weise in der Beratung hilfesuchender Frauen präsent bleibt. Wir werden zu ge-

bener Zeit eine entsprechende Neufassung der Ordnung unserer Beratungsstellen in Kraft setzen.

Da wir bereit sind, unsere intensive und weithin anerkannte Beratung fortzusetzen, bitten wir auch die Politikerinnen und Politiker, nach Wegen zu suchen, wie dies ohne die Zweideutigkeit des „Scheins“ im bisherigen Sinne möglich ist. In diesem Zusammenhang erinnern wir auch an den Auftrag, den das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 28.Mai 1993 an den Gesetzgeber gerichtet hat: „Er bleibt vielmehr aufgrund seiner Schutzpflicht weiterhin dafür verantwortlich, daß das Gesetz tatsächlich einen – unter Berücksichtigung entgegenstehender Rechtsgüter – angemessenen und als solchen wirksamen Schutz vor Schwangerschaftsabbrüchen bewirkt. Stellt sich nach hinreichender Beobachtungszeit heraus, daß das Gesetz das von der Verfassung geforderte Maß an Schutz nicht zu gewährleisten vermag, so ist der Gesetzgeber verpflichtet, durch Änderung oder Ergänzung der betreffenden Vorschriften auf die Beseitigung der Mängel und die Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)“.

Auch wenn der Hl.Vater uns durch seinen Brief vom 11.Jänner 1998 eine schwierige Aufgabe übertragen hat, so sind wir doch der Überzeugung, daß eine an diesem einen Punkt erneuerte Fassung der Beratungstätigkeit zum Wohl unserer Gesellschaft sein wird und den schwangeren Frauen in Not besser dienen kann. Die Regelung der Einzelheiten hat er den Bischöfen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern überlassen.

World Medical Association (WMA) tritt für Menschenrechte und Demokratie ein

Die WMA feierte im November ihren 49. Geburtstag. Sie vereint insgesamt 70 nationale medizinische Vereinigungen und 5 Millionen Ärzte weltweit. Seit 1947 hat sie eine große Anzahl ethischer Richtlinien formuliert. Neuer Schwerpunkt der Arbeit der WMO ist die weltweite Unterstützung des Aufbaus von Demokratien auch durch Ärzte. Inhaftierte Ärzte werden unterstützt und erhalten rechtlichen Beistand, wenn sie, wie etwa in der Türkei, dazu gezwungen werden sollen, das Ärztegeheimnis der Polizei gegenüber zu lüften. Weiters wurde ein die Tokyo-Declaration bekräftigendes Dokument verlautbart, in dem Ärzte dazu aufgerufen werden, ihren Dienst niemals zum Zweck von Folter oder herabsetzender Behandlung zur Verfügung zu stellen. In Zukunft, so heißt es, wolle man jeden bekannt gewordenen Fall veröffentlichen und alle Ärzte, die sich solchen Vereinnahmungen widersetzen, unterstützen. Die WMO lehnte eine von der belgischen Medical Association vorgelegte Resolution ab, in der ein Bann für jegliches Klonieren gefordert wird, und das, obwohl alle Mitglieder Klonen im Grunde für unethisch halten. Besonders die Briten und Kanadier waren besorgt, daß ein Bann Anwendungen des Klonens in anderen Gebieten der Medizin verhindern könnte. Die Chinesische CMA wurde wieder in die WMA aufgenommen. Die WMA erhofft sich dadurch einen positiven Einfluß auf die Bildung demokratischer Strukturen in China und den Stopp

von Transplantationen von hingerichteten Gefangenen.

The Lancet, Vol 350, Nov.22, 1997

Antiretrovirale Therapie für Entwicklungsländer

Seit Jänner 1998 können Ärzte (in Uganda, der Elfenbeinküste, Vietnam und Chile) antiretrovirale Medikamente an HIV-positive Patienten verschreiben. In dieser ambitionierten Pilotstudie soll erforscht werden, ob der in der „ersten Welt“ erzielte Erfolg, die Progression von AIDS zu verhindern, auch in die weniger entwickelten Länder exportiert werden kann. Im Rahmen der AIDS in Afrika-Konferenz in Abdijan, Elfenbeinküste, wurde in Aussicht gestellt, daß an etwa 3.000 Patienten jedes Landes zwei und drei Präparatkombinationen verabreicht werden. Dabei sollen diejenigen bevorzugt werden, deren Notlage am augenscheinlichsten ist. Die Compliance ist die Hauptsorge der Verantwortlichen. Unregelmäßigkeiten in der Verabreichung könnte die Bildung resistenter HIV-1 Stämme verursachen. Non-profit Organisationen verhandeln indes mit den Pharmakonernen Glaxo, Wellcome, Roche etc. angemessene Preise für das Projekt aus. Die AIDS-Beraterin der Europäischen Kommission hingegen unterstützt das Projekt nicht. Sie plädiert für mehr Forschung im Bereich der EU.

The Lancet Vol 350, Dec. 13, 1997

Ärzte gespalten über irischen Abtreibungsfall

Ein 13-jähriges irisches Mädchen, das bis zuletzt im Zentrum

einer heftig geführten Abtreibungsdebatte gestanden hat, ließ nun in Manchester, UK, nach Erlaubnis des Gerichts, die geplante Abtreibung durchführen.

Die Antiabtreibungsgruppe „Doctors for life“ verurteilten die Aktion und stellen fest, daß das Irish Medical Council und die Irish Medical Organisation klar und einstimmig in ihrer Ablehnung von Abtreibung seien. Umfragen zeigen die Ärzte jedoch in einem anderen Licht: 76% von 60% aller Gynäkologen des Landes, die in öffentlichen Spitälern arbeiten, würden eine Abtreibung durchführen, wenn das Irish Medical Council (IMC) seine Position ändern würde oder wenn das Leben der Mutter auf dem Spiel stünde. Die IMC Richtlinien legen fest, daß das Leben der Mutter gleichviel wie das Leben des Fetus bedeutet.

The Lancet, Vol.350, Dec. 13, 1997

Angst der Kosovoalbaner um die Gesundheit ihrer Kinder

Die albanische Bevölkerung im serbisch besetzten Kosovo leidet unter dem grausamen Druck der serbischen Führung. Nur 44% der Bevölkerung haben sicheres Trinkwasser und ein Abwassersystem. In den Jahren 1990-1995 traten 180.000 Fälle von verschiedenen Infektionskrankheiten mit insgesamt 1.042 Todesfällen auf. Die Kindersterblichkeit ist in den letzten 8 Jahren von sieben auf achtzehn Prozent angestiegen. Ursache der Armut ist die von den Serben veranlaßte Massenentlassung von Albanern. Das Gesundheitssystem liegt brach. Einzige Stütze bieten wohlthätige Organisationen. Sie gewährleisten ein Mindestmaß an

Versorgung – unentgeltlich versteht sich.

Ein Beispiel dafür ist das Mutter Theresa Geburtszentrum. Werden die Mütter albanischen Ursprungs entbinden hier ihre Kinder oft aus Angst, daß in serbischen Kliniken ihre Kinder schlecht behandelt würden. Das geschieht trotz des Umstandes, daß im Mutter Theresa Geburtszentrum weder Röntgenapparate noch andere diagnostische Mittel zur Verfügung stehen. Das Gesetz verbietet es dem Zentrum, Blutkonserven zu verwenden. Daher bringen die Frauen ihre Verwandten oder Freunde für den Ernstfall mit, in dem nur eine Blutspende ihr Leben retten kann.

Das größte Problem ist die Mangelernährung. Mütter können ihre Kinder aufgrund ihrer eigenen mangelhaften Ernährung nicht stillen. Gani DEMOLLI, Koordinator des Gesundheitsdienstes von der Mutter Theresa Association meint resigniert: Ich habe keine Probleme. Wir haben keine Hoffnung, und wenn man keine Hoffnung hat, hat man keine Probleme.

The Lancet Vol 350 Dec.13, 1997

Vorsicht bei Empfehlung zu Alkoholkonsum

Der vielpublizierte gute Einfluß von wenig oder moderatem Alkoholkonsum im späteren Leben dürfte überbewertet worden sein.

Beim NOVARTIS Foundation Symposium für Alkohol- und kardiovaskulär bedingte Erkrankungen wurde klar, daß die Alkoholkonsum/Koronargefäßerkrankungskurve durch schlechte Forschungsmethoden verfälscht worden ist.

Ein zentrales Ergebnis in der breiten Literatur zu diesem Thema ist, daß abstinenten Menschen eine höhere Morbidität und Mortalität zeigten als besonnene Alkoholkonsumenten.

Aber Wissenschaftler fragen nun

danach, ob die Trinkgewohnheiten nicht in Wirklichkeit bloße Anzeiger für andere, viel stärkere Risikofaktoren wie soziale Schichtzugehörigkeit, Erziehung und allgemeiner Gesundheitszustand sind.

Gerry SHAPER vom Royal Free Hospital, London, erklärt, daß 2 Faktoren die Nichttrinker in ein neues Licht rücken: Zunächst ist da eine starke Tendenz, von schweren und moderaten Trinkern aufgrund sich verschlechternder Gesundheit im vorgerückten Alter zu Nichttrinkern zu werden.

Zudem sind Nichttrinker wie auch schwere Alkoholiker oft in der Arbeiterklasse und in schlechterem Gesundheitszustand anzutreffen als Konsumenten, die wenig, aber regläßig Alkohol zu sich nehmen. Die zuletzt genannte Gruppe bildet die gesündeste, wohlhabendste und fitteste von allen.

Michael GRAZIANO von der Harvard Medical School in Boston, USA, meint daher: „Allgemeine Empfehlungen, wie ‚ein bis drei Drinks pro Tag tun Ihnen gut‘, sind sinnlos. Die Botschaft sollte sein: Schwerer Alkoholkonsum ist schlecht, leichter Konsum scheint gefahrlos zu sein“. Über persönliche Risiken muß mit dem behandelnden Arzt gesprochen werden.

The Lancet, Vol 350, Oct 18, 1997

Milde Strafe für Tötung aus Mitleid

Im Dezember entschied ein Richter in Kanada, daß ein Farmer, der seine 12 Jahre alte Tochter, die an zerebral bedingter Lähmung litt, umgebracht hatte, nicht mit lebenslanger Haft bestraft werden sollte, da die Motivation des Mannes rein altruistisch zu bewerten sei. Dem Farmer ging es lediglich darum, seine Tochter von unheilbaren Schmerzen zu befreien. Das Urteil lautete 1 Jahr Gefängnis und 12 Monate Hausarrest.

Der Sprecher der Behindertenbewegung reagierte aufgebracht und bezeichnete das Urteil als Freibrief zur Mißhandlung Behinderter.

The Lancet, Vol 350, Dec. 13, 1997

Altern in Japan

Die große Achtung vor den Alten und ihre Pflege durch die Verwandten haben in Japan eine große Tradition. Doch dieser heilige Grundsatz läßt sich heute oft nicht mehr einhalten. Die Zahl der Alten steigt wie nie zuvor und die kleinen Familien lassen die damit verbundene Bürde nicht mehr zu. So springen private Unternehmen ein. Altenpflege wird zu einem aussichtsreichen Geschäft. Der Respekt vor den Alten, vor allem in den traditionellen Großfamilien, war eine absolute Tugend in Japan. Wenn drei oder mehr Generationen zusammenlebten, so war dies über die Zuneigung hinaus auch eine Sicherung der Altenpflege. Auf der Suche nach einer Lösung für das Problem einer rasant zunehmenden Überalterung der Bevölkerung versuchen private Unternehmen sich auf die Versorgung der Alten zu spezialisieren und hierfür den Wohlstand der Alten zu nützen. Eine der größten japanischen Versicherungsgesellschaften begann vor zwei Jahren mit „Hilfe zu Hause“, wodurch 470.000 Kunden medizinische Dienste erhalten. Eines der größten Bauunternehmen des Landes gründete eine „Heim-Klinik“, in der 80 alte Menschen privat Aufnahme fanden. Der japanische Minister für Gesundheitswesen schätzte, daß im Jahr 2025 die Zahl der auf die Hilfe anderer angewiesenen alten Menschen von heute 2 MIO auf 5,2 MIO ansteigen und die Zahl der „Bettlägrigen“ von 900.000 auf 2,3 MIO ansteigen werden.

Aceprensa, 6/98, 14. Jänner, 1998

RdU RECHT DER UMWELT:
Wien

Zeitschrift in Deutsch

4. Jahrgang Heft 4 1997

FRANZ OBERLEITNER: Vereinfachungen und Neuregelungen im Wasserrecht – Die WRG-Novellen 1997; JOSEF OBERSEDER: Das vereinfachte Genehmigungsverfahren nach § 359b Gewerbeordnung; ERIKA WAGNER: Die Gewerberechtsnovelle 1997 und deren Folgen für zivile Nachbarrechte; Rechtsprechung

5. Jahrgang Heft 1 1998

URSULA PLATZER: Strategische Umweltprüfung – Vorschlag für eine Richtlinie des Rates über die Prüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Pläne und Programme; FERDINAND KERSCHNER: Kausalitätshaftung im Nachbarrecht? MARTIN KIND: Das Europäische Umweltrecht 1996; Rechtsprechung (Europarecht, EuGH in Leitsätzen, Verwaltungsrecht, VwGH in Leitsätzen, Entscheidung des Umweltsenates beim BMUJF, Zivilsachen); HERBERT WEGSCHEIDER: Neues Umweltrecht.

RdM RECHT DER MEDIZIN:
Wien

Zeitschrift in Deutsch

4. Jahrgang Heft 6, 1997

CHRISTIAN KOPETZKI: Datenflüsse nach der UbG-Novelle 1997; CHRISTIAN BUTSCHK: Das Schweigen der Psychologen und Psychotherapeuten. Dürfen Psychologen und Psychotherapeuten in Gerichts- und Verwaltungsverfahren von ihrer Verschwiegenheitspflicht entbunden werden? MICHAEL NENTWICH: Digitalisierung der Medizin – Zur Klärung einiger rechtlicher Fragen der Telemedizin. Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung; Gesundheitsförderungsgesetz; Verordnung über die Ausbildung gewerblicher

Masseure zur Vornahme von Heilmassagen; Kundmachung von Rechtsvorschriften.

5. Jahrgang Heft 1, 1998

LUKAS STÄRKER: Ärztliche Anordnungsbefugnisse nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz; MARIA LEITNER: Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen – Überblick in Österreich; GERALD FLEISCH, PETER STEINER: Werbeverbot für Krankenanstalten? GEORG GAISBAUER: Die paravenöse Fehlinjektion aus rechtlicher Sicht; JOHANNES ZÄHRL: Zur Anzeigepflicht des Arztes

Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung: Hebammengesetz, Anordnungsbefugnis durch Turnusärzte; Sonderklasse – freie Arztwahl; Kardiotechnikergesetz; Errichtung eines Bundesinstitutes für Arzneimittel; Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsg. Anpassung an GuKG; Kundmachung von Rechtsvorschriften; Verordnung über die Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften) für Arzneispezialitäten.

Rechtsprechung: Ärztehonorare OGH 27.3.1997, 8 Ob A 2317/96 k; Heterologe Insemination OGH 23.7.1997, 7 Ob 212/97 w; Psychiatrische Unterbringung OGH 13.2.1997, 2 Ob 25/97 h; Rechtsprechungen zum Disziplinarrecht Buchbesprechungen.

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol.22 No.6, 1997

MARK J. CHERRY: Patients, Values, and Statistical Utility; JOHN

Z. SADLER: Recognizing Values: A Descriptive-Causal Method for Medical/Scientific Discourses; DAVID C. HADORN: Kinds of Patients; STEVEN D. EDWARDS: Dismantling the Disability/Handicap Distinction; LENNART NORDENFELT: The Importance of a Disability/Handicap Distinction; JOHN F. PEPPIN: An Engelhardtian Analysis of Interactions between Pharmaceutical Sales Representatives and Physicians.

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien

Quartalsschrift in Spanisch

Vol. VIII, No. 31, 3a 1997

Tema de Estudio: El comienzo de la vida humana: Filosofía y Biología. ROBERT SPAEMANN: Son todos los hombres personas? LUDGER HONNEFELDER: Naturaleza y status del embrión: aspectos filosóficos; G. RAGER: Embrión-Hombre-Persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal; ALEJANDRO SERANI MERLO: El estatuto antropológico y ético del embrión humano; LUIS MIGUEL PASTOR: Bioética de la manipulación embrionaria humana; ANTONIO PARDO: Comienzo de la vida humana. Aspectos históricos; BIANCA CASTILLA: Comienzo de la vida humana. Aspectos filosóficos; J. L. VELAYOS, J. MORENO, J. GARCIA, V. MARTIN, J. ALONSO: El comienzo de la vida humana y su tratamiento en el Medline.

El comienzo de la vida humana: Ética y Derecho: PILAR ESTELLÉS: La persona del concebido; IVES GANDRA DA SILVA: Fundamentos del derecho natural a la vida; Colaboraciones:

Fundamentación: JOSÉ MIGUEL SERRANO RUIZ-CALDERÓN: La Eutanasia; GUILLERMO DÍAZ PINTOS: Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía mo-

ral individual con aplicación en el ámbito médico;

Asistencia Clínica: PEDRO GONZÁLEZ, PETRO HERNÁNDEZ: Etica y psicoterapia;

Docencia e Investigación: M.RUIZ-CANELA, MA. MARTINEZ-GONZÁLEZ: El consentimiento informado y los ensayos clínicos publicados; GEMMA GALENDE BERMEJO: Enseñanza de la ética médica en el Pregrado;

Documentación: Propuesto de Declaración de los Derechos del no nacido, W.M.A.; Aspectos éticos de las técnicas de clonación. Comisión Europea;

Cuestiones de Actualidad: Sobre la así llamada „concepción de emergencia“. Centro de Bioética de la U.C. Sacro Cuore, Roma; LEON R.KASS: Clonación: la naturaleza no es prescindible;

Panorama Internacional; Medicina, Salud y Etica; Cursos, Congresos y Seminarios; Bibliografía Recibida; AEBI: Asociación Española de Bioética y ética médica. Noticias.

ETHICS & MEDICINE, USA, London GB.

Quartalschrift in Englisch.

Vol.14:1, 1998

Editorial: C.BEN MITCHEL, Ph.D.; Reverend RICHARD BAXTER (1615-1691): The Duty of Physicians; BARBARA MAIER, Salzburg: Theoretical and Philosophical Reflections About the Medical Approach Towards Procreation; National Bioethics Advisory Commission (USA): Religion-Based Perspectives on Cloning of Humans; C.BEN MITCHELL, Ph.D.: A Protestant Perspective on Cloning; Book Reviews.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalschrift in Italienisch

Vol.6(1997), Fasc.2 Luglio/Dicembre

Studi: ANGEL RODRÍGUEZ LUNO: La virtù dell'epicheia. Teoria, storia e applicazione (I). Dalla Grecia classica fino a F.SUÁREZ;

GIUSEPPE TANZELLA-NITTI: The Aristotelian-Thomistic Concept of Nature and the Contemporary Debate on the Meaning of Natural Laws;

Note e commenti: SEAMUS GRIMES - JAIME NUBIOLA: Reconsidering the exclusion of metaphysics in human geography; MIGUEL PÉREZ DE LABORDA: „E possibile negare il principio di contraddizione? ALAIN SERAUX: La dignité humaine, principe universel du droit? STEPHEN THERON: Argument forms and argument from analogy; GABRIEL J.ZANOTTI: Investigación científica y pensamiento prudencial;

Cronache di filosofia: Verso un nuovo paradigma politica (R.A. GAHL); Il futuro di Dia nella filosofia e nella scienza (J.J. SANGUINETI); Homenaje a Leonardo POLO (J.I. MURILLO); La seconda navigazione della metafisica (F.RUSSO); Convegni; Società filosofiche; Riviste; Rassegne editoriali;

Recensioni: Aa.Vv., MICHELE FEDERICO SCIACCA e la filosofia oggi (F.RUSSO); G.ABBÀ. Quale impostazione per la filosofia morale? (G.CHALMETA); J.ARANGUREN. El lugar del hombre en el universo (J.A.LOMBO); M.S.ARCHER. La morfogenesi della società (M. BORTOLINI); A.-M.GUILLAUME. Mal, mensonge et mauvaise foi. Une lecture de Kant (D. GAMARRA); M.INTROVIGNE. Storia del New Age (1962-1992) (J.VILLANUEVA); P.MANGANARO. Il realismo filosofico: nuove prospettive nel pensiero anglo-americano (A.LIVI); J.MA ORTIZ IBARZ. La hora de la ética empresarial (E.CAMINO); L.POLO. Sobre la existencia cristiana e La persona humana y su crecimiento (J.I.MURILLO); K.WOITYLA. Perché l'uomo (F.RUSSO);

Schede bibliografiche: Aa.Vv., La presenza dimenticata (M.T.RUSSO);

Aa.Vv., Studies on the History of Logic (R.JIMÉNEZ); Dictionnaire des Philosophes Antiques (M.PÉREZ DE LABORDA); S.BELARDINELLI. Il gioco delle parti (G.CHALMETA); I.KANT. Che cosa significa orientarsi nel pensare (J.A.MERCADO); G. MAZZOTTA. Forza e debolezza del pensiero (L.ROMERA); L.F.TUNINETTI. „Per se nolum“ (L.ROMERA); I.YARZA. Filosofia antica (F.RUSSO); R.YEPES STORK. Fundamentos de antropología (F.RUSSO).

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XIII, n.1 - 1997

Editoriale; PHILIPPE CASPAR: La place centrale de l'homme dans les sciences biologiques contemporaines; PAUL HAFFNER: The Impact of Evolutionary Theory on Theological Anthropology; HENRY HUDE: Pré-supposés philosophiques propres au biocentrisme ou entropocentrism; GIANFRANCO ZUANAZZI: L'uomo e l'animale;

In rilievo: ANGELO TOSATO: L'istituto famigliare dell'antico Israele e della Chiesa primitiva; JUAN JOSE PEREZ-SOBA DIEZ DEL CORRAL: La irreductibilidad de la relación interpersonal: su estudio en Santo Tomás;

Forum Pannenberg: Dibattito a proposito di un recente volume sui fondamenti dell'etica; LIVIO MELINA: Principio dell'incarnazione e valore teologico dell'agire umano; MARTIN RHONHEIMER: Ethik als Aufklärung über die Frage nach dem Guten und die aristotelische „Perversion des ehtischen Themas“; WILLIAM E.MAY: The Link between the Natural Law and the Question of the Good; SERVAIS PINCKAERS, O.P.: Á la recherche d'une éthique chrétienne; REAL

TREMBLAY C.S.S.R.: Plaidoyer pour une hétéronomie par dépassement; JUAN JOSE PEREZ-SOBA DIEZ DEL CORRAL: En el principio: el Amor del Padre; Nota critica: JOSE MIGUEL GRANADOS TERMES: Recuperación del concepto de persona en bioética: recensione al libro di L.PALAZZANI.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD. Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. Band 9, Heft 4 1997
Editorial; ADREA DÖRRIS: Ethische Fragestellungen bei Primärprävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter; KLAUS-STEFFEN SATERNUS, MANFRED GRÖNIG, KLAUS DOENCH, SIBYLLE WALTER-HUMKE: Der plötzliche Kindstod. Sind wissenschaftliche Erhebungen an betroffenen Eltern ohne deren Betreuung ethisch vertretbar? RALF STOECKER: An den Grenzen des Todes – ein Plädoyer für die moralphilosophische Überwindung der Hirntod-Debatte; Kontroverse: MONIKA BOBBERT, MICHA H.WERNER: „Keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte“? Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung; Informationen, Mitteilungen, Tagungsberichte, Rezensionen, Leserforum.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA. Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 27 No. 5, 1997
Contributors
From the Editor
Letters
Cloning Human Beings, Responding to the National Bioethics Advisory Commission's Report; JAMES F.CHILDRESS: The Challenges of Public Ethics: Reflections on

NBAC's Report; SUSAN M.WOLF: Ban Cloning? Why NBAC is Wrong; COURTNEY S.CAMPBELL: Prophecy and Policy; DANIEL CALAHAN: Clonong: The Work Not Done; ERIK PARENS: Tools from and for Democratic Deliberations; ALEXANDER MORGAN CAPRON: At Law, Death and Court; M. CATHEEN KAVENY: Assisted Suicide, the Supreme Court, and the Constitutive Function of the Law; ARTHUR KLEINMANN: Intimations of Solidarity? The Popular Culture Responds to Assisted Suicide; Case Study: In the Care of a Nurse: Commentaries by NELDA S. GODFREY and DALE S.KUEHNE, and KEVIN WM.WILDES.

Volume 27 No. 6, 1997

Contributors
From the Editor
Letters
Capital Report: JOANNE SILBERNER: Keeping Confidence; STEPHAN HAIMOWITZ, SUSAN J.DELANO, and JOHN M.OLDHAM: Uninformed Decisionmaking, The Case of Surrogate Research Consent; PETER MACPHERSON: Is This Where We Want to Go? F.WEIR and CHARLES PETERS: Affirming the Decisions Adolescents Make about Life and Death; Case Study: Death in Denial: Commentaries by RENÉE M. GUILLES and PAUL S.APPELBAUM; At Law: Scientists in the Sunshine, REBECCA DRESSER.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1997/6
Editoriale: Realtà e speranze della medicina
A.G.SPAGNOLO, A.A.BIGNAMINI, A.DE. FRACISCIS: Comitati di Etica fra linee-guida dell'Unione Europea e decreti ministeriali; M.L.DI PIETRO: Dalla clonazione dell'animale alla clonazione dell'uomo? A.W. CAPPELLA, A.SAPOROSI: Rego-

lazione naturale della fertilità: il monitor ovarico di Brown; L. SANDRIN: Il benessere dell'anziano, utopia o realtà? Aspetti psicologici e spirituali; L.DE CAPRIO, A.DI PALMA: La medicina e la morte. Dal Magistero del Santo Padre I. Giovanni Paolo II: Quando la ricerca sembra sfiorare misteriose frontiere il dialogo tra fede e scienza diviene più urgente e ricco di prospettive;
II. Il Papa: Accanto al malato con tutte le risorse dell'intelligenza, della scienza e del cuore;
Legislazione Italiana
Ministero della Sanità: Decreto 15 luglio 1997, Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali;
Ministero della Sanità: Circolare 10 luglio 1997, n.8, Sperimentazione clinica dei medicinali;
Da Organismi Internazionali
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Decreto Rettoriale n.23036. Istituzione Centro per la Cooperazione Internazionale.
Notiziario
Seminario di studio se „Paracelso e l'etica medica: uno studio di D.VON ENGELHARDT. Tavola Rotonda su „La fecondazione assistita tra scienza, etica e diritto
Recensioni
B.ZANOBI, G.ARMOCIDA, Storia della medicina (V.MELE); IPPOCRATE, L'abito del medico. Scritti etici e polemici del Corpus ippocraticum (M.PENNACCHINI).
Dalla Letteratura Internazionale
Sperimentazione clinica di un nuovo farmaco orale per le disfunzioni erettili; La morte cerebrale indica realmente la morte dell'individuo umano? Contraccezione „d'emergenza“: strategie di „prevenzione primaria“ contro la vita; Ricerca clinica in pediatria: tra crisi e linee-guida. Segnalazioni Bibliografiche; Etica e Ambiente; Indice analitico e degli Autori 1997.

**WARE MENSCH:
RECHTSPROBLEME DER MEDIZINI-
SCHEN UND KOMMERZIELLEN VER-
WERTUNG VON TEILEN DES MENSCH-
LICHEN KÖRPERS**

Gerhard PLÖCHL

Linde Verlag, 1996, Wien

ISBN 3-85122-584-8

168 Seiten

Der im „Linde-Verlag“ erschienene Band ist Frucht eines Seminars an der Universität Wien im Sommersemester 1995, das ao. Univ.-Prof. Gerhard PLÖCHL abgehalten hat. Es beinhaltet eine Darstellung der Rechtsprobleme, Lücken und Widersprüche der Rechtsordnung, die in Österreich bei der Verwertung von Teilen des menschlichen Körpers vorhanden sind.

Es sollte die Teilnehmer nicht nur dazu anleiten, sich an dieser Materie im juristischen Denken einzüben, sondern auch über die akademische Sphäre der Literatursichtung und -bearbeitung hinaus dazu führen, durch Nachfragen bei Behörden, Unternehmen und Experten jene Tatsachen zu erheben, deren rechtliche Seite zu erörtern war (vgl. S 5). Die Ergebnisse dieser Bemühungen bereichern die Darstellung merkbar.

Der Band behandelt folgende Einzelfragen: „Patentschutz von gentechnischen Erfindungen“ (N. RAFEINER, S 9-26), „Organentnahme aus Leichen“ (G. ETZL, S 27-40) und „Organentnahme beim lebenden Spender“ (G. ETZL, S 75-100), „Rechtsschutz des Spenders von Blut und Knochenmark gegen bestimmungswidrigen Gebrauch“ (T. HAMERL, S 41-74), „Handel mit Organen aus strafrechtlicher Sicht“ (M. HEINZ, S 101-122) und „Die Verwendung von abgetriebenen Embryonen und Föten in Medizin und Kosmetik“ (A. STADLER, S 123-140).

Dem Seminar lag ein sachrechtlicher Ansatz zugrunde. Er geht davon aus, daß sofern jede vom Körper abgetrennte Substanz als Sache

qualifiziert wird, sie dann als solche jemandes Eigentum oder herrenloses Gut ist, an dem – allenfalls durch einen eingeschränkten Personenkreis – Eigentum durch Aneignung erworben wird. Ein Drittes gibt es nicht. Wenn und sobald Eigentum an dieser Sache anzunehmen ist, muß geklärt werden, wer Eigentümer ist. Und im Falle einer Eigentumsübertragung muß geklärt sein, an wen Eigentum übertragen wird und was Titel und Modus des Eigentumserwerbs sind. Wer diesen Fragen konsequent nachgeht, stößt immer wieder auf Lücken und versteckte Widersprüche in der Argumentation. (S 141)

Widersprüchlich erscheint, abgesehen vom ethischen Aspekt, die rechtliche Behandlung von abgetriebenen Föten, für die nicht die Einschränkungen von Verfügungen über den als Sache qualifizierten Leichnam gelten: sie gelten rechtlich – sicher auch mit Rücksicht auf das Desinteresse der Angehörigen – nicht als Leiche, wobei bemerkenswerterweise Vorarlberg mit seinem Bestattungsgesetz (§1 LGBl 1969/58) hier eine Ausnahme macht. Beim KAG (Organentnahme aus Leichen) wird von Etzl auf das Problem allfälliger Kompetenzüberschreitung des Bundesgesetzgebers hingewiesen, da die Regelungen ohne Rücksichtnahme auf die Länderkompetenz für das Leichen- und Bestattungswesen erfolgen.

Als rechtliche Lücke fällt angesichts der Sorge um die Regelung der Organentnahme aus Leichen der mangelnde Schutz der lebenden Spender auf; für die Schließung des spezifischen Rechtsproblems (Geschäftsunfähigkeit bei Übergabe) wird eine Perspektive (Notariatsakt für Schenkungen ohne wirkliche Übergabe) vorgeschlagen. Der Lücke im Strafrecht bezüglich der neuen Geschäftsfelder Organraub und Organhandel wird mit Rücksicht auf die handelsrechtliche Bewertung dieser Waren und der damit befaßten Gewerbe von M. HEINZ mit einer Adaptierung der Paragraphen zur Geldwäscherei (§ 165 StGB) zu schließen versucht.

Ein Ertrag der Beiträge ist die Betonung der häufig nicht beachteten Unterscheidung von Einwilligung in die Verletzung der körperlichen Integrität und Geschäftswille für die Übertragung des Eigentums an der körperlichen Substanz. Der geschilderte „Fall MOORE“ zeigt die ökonomischen Größenordnungen, die mit zur Ware gewordenen Körpersubstanzen verbunden sind und nach einer gesetzlichen Regelung verlangen. Jedenfalls gibt es bisher in der Rechtsordnung nur verstreute Vorstellungen des Gesetzgebers über die Zulassung entgeltlicher Verfügungen über den eigenen Körper, die aber – lt. G. PLÖCHL – noch kein einheitliches Prinzip erkennen lassen (z.B. Gewinnerzielungsverbot bei Organentnahme aus Leichen § 62a (4) KAG; Entgeltverbot im § 16 FMedG; die Diskussion um die Unentgeltlichkeit der Organentnahme bei lebendem Spender bewegt sich in der Literatur zwischen drei Positionen: Sittenwidrigkeit des beliebigen Preises, Abdeckung von Aufwand und Risiko und Entgeltverbot; Duldung von Aufwandsentschädigungen bei Blutplasmaspenden; Steuerfreiheit der Lieferung von menschlichen Organen, menschlichem Blut und Muttermilch § 6 Abs. 1 Z 21 UstG 1994; Möglichkeit einer Entgeltvereinbarung wegen der Gleichstellung einer nicht gewinnorientierten Spende mit einer Krankheit in § 120 Abs 2 ASVG –vgl. § 80 Abs 2 GSVG, § 76 Abs 2 BSVG, § 53 Abs 2 BKUVG).

Den Schluß des Buches bildet ein ausführlicher Anhang, der Auszüge einschlägiger Rechtsvorschriften, parlamentarische Anfragen und Anträge, Erläuterung medizinischer Begriffe und Unterlagen zum Widerspruchsregister zur Organentnahme enthüllt. Insgesamt ist der Band eine nützliche und aktuelle Darstellung dieser einschlägigen Einzelprobleme und kann gerade für den Nichtjuristen einen guten Überblick und Zugang bieten. In diesem Sinne erweist sich der Charakter einer Seminararbeit von Vorteil, wenngleich manche Abschnitte noch eine Überarbeitung verdient hätten.

L. JUZA

TÖTEN ODER STERBEN LASSEN ?

Robert SPAEMANN, Thomas FUCHS

*Herder Spektrum, 1997, Freiburg im Breisgau
Band 4571*

ISBN: 3-451-04571-0

128 Seiten

Das bedrohliche Heranrollen der Euthanasiedebatte, die verwirrt, verunsichert und in der ehemalige Tabus aufgegriffen und salonfähig gemacht werden, hat auch sein Gutes. Das vorliegende Buch „Töten oder sterben lassen?“ stiftet Klarheit inmitten des Wirrgartens modern gewordener Begriffe wie Sterbehilfe, Beihilfe zum Selbstmord, aktive und passive Euthanasie etc. Der Leser gewinnt über diese Klärung hinaus Einblick in die historisch-soziologischen Zusammenhänge. Er wird mit Argumenten vertraut gemacht, die jegliche Form der aktiven Tötung als unmoralisch entlarven. Es wird nicht verurteilt oder angeklagt, aber doch mit Scharfsinn unterschieden, welche Vorgangsweise menschenwürdig ist, und was im Gegensatz dazu Unmenschlichkeit bezeugt.

Mehrere Autoren zeichnen für den Inhalt verantwortlich. Cordelia SPAEMANN versetzt den Leser in das Euthanasie-Szenario durch die einfache Schilderung des preisgekrönten Nazi-Propagandafilms „Ich klage an“, der in Deutschland seit einiger Zeit zu den sogenannten Vorbehaltsfilmen zählt. Eine junge, unheilbar kranke Frau wird von ihrem Mann getötet – erlöst, wie er es nennt. Vor Gericht gestellt, wendet er das Blatt. Der Angeklagte wird zum Kläger. „Ich will nicht länger schweigen. Ich klage an (...). Eine Rechtsordnung, die verlangt, daß der unheilbar Kranke sich sinnlos mit seinen Schmerzen zu Tode quälen muß, ohne die Möglichkeit einer wohlthätigen Erlösung zu haben, ist zu verwerfen. Sie ist unmenschlich und unnatürlich“. (Seite 11)

Robert SPAEMANN analysiert in seinem Beitrag „Es gibt kein gutes Töten“ die aufkommende Mentalität der westlichen Zivilisation, in der immer lauter die Forderung nach Legalisierung

der Euthanasie aufkommt. Auf der einen Seite wird es als höchstes Ziel betrachtet, sich zu vergnügen oder wenigstens wohl zu fühlen – Leiden muß um jeden Preis beseitigt werden. Andererseits wird zunehmend vom „Wert des Lebens“ gesprochen. Leben wird in mehr oder weniger wert oder sogar unwert eingestuft. Damit ist der fruchtbare Grund gelegt, auf dem die Selbsttötung, als Ausübung der legitimen Autonomie, gerechtfertigt und die Tötung auf Verlangen enttabuisiert wird. Der Schritt zur Tötung ohne Verlangen ist nunmehr klein. Die Euthanasie abzulehnen bedeutet für den Autor aber nicht Lebensverlängerung um jeden Preis. Im Gegenteil: die letzten Ausführungen des Beitrages sind dieser Problematik gewidmet, die zum Teil auch Ursache der Forderung nach aktiver Sterbehilfe ist. „Wo Sterben nicht als Teil des Lebens verstanden und kultiviert wird, da beginnt die Zivilisation des Todes“. (S 30)

Thomas FUCHS ist der Autor des ausführlichen Mittelteils des Buches. Das Beispiel der Niederlande aufgreifend, analysiert er die historische Entwicklung der Euthanasiebewegung. Besonders klar sind die Begriffsbestimmungen, die er vornimmt: Aktive, passive, indirekte und freiwillige Euthanasie, sowie Beihilfe zur Selbsttötung. Wie ist nun die ethische Bewertung? Wo liegt der Unterschied zwischen Töten und sterben lassen? Diese Unterscheidung fällt dem Arzt, der zunehmend mit Grenzsituationen des Lebens konfrontiert wird, sehr schwer. Sie ist nicht gleichbedeutend mit dem Unterschied von Handeln und Unterlassen; sie ist auch nicht gleichzusetzen mit der Unterscheidung moralisch richtigen und verwerflichen Handelns. Ebenso wenig helfen uns die oftmals mißverständlich gebrauchten Begriffspaare wie natürlich-unnatürlich, natürlich-künstlich weiter. Ganz wesentlich tritt hier der „Handlungssinn“ auf den Plan. „Nicht die physisch-leibliche Handlungsebene ist also ethisch entscheidend, sondern der Handlungssinn des Tun oder Unterlassens“ (74). So ist

beispielsweise das Abstellen einer Infusion, die weder Heilung noch Palliation bewirkt, keinesfalls aktive Tötung, auch dann nicht, wenn dadurch der Tod früher eintritt. Hier wird vielmehr ein ärztlicher Eingriff (Infusion) rückgängig gemacht, da er dem Patienten nicht mehr nützt, sondern schadet.

Der Haupteinwand gegen die aktive Tötung durch Mitleid ist für den Autor in der interpersonalen Bedeutung des Tötungsaktes zu finden. Der Arzt, der bereit ist, seinem Patienten auf dessen Bitte hin zu töten, macht sich zum Richter und Vollstrecker eines Urteils über den Wert oder Unwert eines Lebens. „Die scheinbar zur äußersten Konsequenz geführte Humanität führt in einen grundlegenden Selbstwiderspruch: aktive Euthanasie bedeutet den Versuch, der leidenden Person gerecht zu werden, indem man ihren Organismus zerstört“ (S 79). Der Fall „Chabot“ aus den Niederlanden ist ein beeindruckendes Beispiel für die Ausdehnung der Euthanasie auf psychisch Kranke. Stimmt der Psychiater dem Suizid zu, hat er das „Prinzip Hoffnung“, dessen letzter Repräsentant er selbst ist, vernichtet; er anerkennt das Zerbrechen der Gemeinschaft des Patienten und seiner Umwelt (89). In diesem Kapitel macht der Autor eine erstaunliche Einschränkung. Obwohl deklarerter Gegner der Euthanasie, kann er sich doch Situationen vorstellen, „in denen die Hilfe zur Selbsttötung tatsächlich ein letzter Liebesdienst zwischen zwei Menschen sein kann“ (S 90). Der aufmerksame Leser fragt sich, ob diese Aussage nicht doch im Widerspruch zu allen anderen Ausführungen steht!

Die letzten Seiten sind einem Plädoyer für ein würdevolles, menschliches Sterben gewidmet, wobei die Hospizbewegung kurz vorgestellt und als gute Alternative angeboten wird.

Martin SCHMIDT analysiert im letzten Beitrag die psychologischen Aspekte der Handlungsmotive tötender Ärzte. Er greift dabei auf ein trauriges Kapitel der Geschichte Deutschlands zurück, allerdings fehlt es aber nicht an Bei-

spielen der jüngeren Vergangenheit, in denen Ärzte oder Krankenpflegepersonal leidende oder sieche Patienten getötet haben.

Am Ende sind zwei Erklärungen des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie wiedergegeben, die aus den Jahren 1995 und 1996 stammen.

Alles in allem ein wichtiges Buch, das wesentliche Punkte der Debatte über die aktive Euthanasie aufdeckt und gangbare, alternative Wege weist.

N. AUNER

KEINE ANGST VOR NARKOSE UND OPERATION

Ein Patientenratgeber von Cordula KRICZER

Springer Verlag, 1997, Wien

ISBN 3-211-83003-0

54 Seiten

Die Autorin ist langjährige Narkoseärztin. Aus unmittelbarer Berufserfahrung kennt sie die Ängste zahlreicher Patienten vor der Narkose, vor dem Ausgeliefertsein an eine ihnen unbekannten Technik, die ihnen jede Kontrolle über die eigene Person nimmt. Ängste entstammen vor allem der Uninformiertheit, folgert die Ärztin, und legt nun eine Broschüre vor, die – als Ratgeber – den Patienten zum mündigen, informierten Partner des Arztes machen soll.

C. KRICZER vertraut nicht den im Spital so oft gehörten Beruhigungsspillen: „Es geht schon alles gut“, „Schmerzen? Nein, Sie spüren überhaupt nichts“ u.ä. Sie schockt den Leser schon in der Einleitung mit den Horrormeldungen, die sicher jeder Patient vor der Operation im Kopf hat: „Kunstfehler! 3000 Kunstfehler pro Jahr!“ Eine mutige Offenheit. Ehrlich und geeignet, dem einen oder anderen Patienten mit dem Hinweis auf jährlich über 500.000 gelun-

gene Operationen sofort den Wind des Schreckens aus den Segeln zu nehmen.

Dann beginnt sie – systematisch und kompetent – beim ersten „Geständnis“ von Beschwerden des Patienten vor seinem Arzt. Ihr Hinweis auf Offenheit des Patienten zum Arzt und dessen Verpflichtung, alle weiteren Schritte mit dem Patienten zu besprechen, bauen ein Vertrauen auf, das es dem Patienten leichter macht, alle ärztlichen Maßnahmen zu hinterfragen. Der neue „Patientenratgeber“ übernimmt so in leicht verständlicher und doch fachlich ausführlicher Darlegung die Beantwortung aller Fragen, die einem skeptischen, übervorsichtigen Patienten nur einfallen können. Z.B. Rechtsfragen oder, welche Vorbereitungen der Patient vor dem operativen Eingriff selbst in die Hand nehmen soll (Eigenblutspende, Zusammentragen aller Dokumente, Krankengeschichten etc. für das „Klinikköffchen“). Aber auch das unvorbereitete Opfer eines Unfalles wird durch detaillierte Erläuterung der im Krankenhaus verwendeten Apparate zur Diagnose und Behandlung keine Sorge haben müssen, nicht fachlich kompetent und umfassend versorgt zu werden.

Das Kapitel „Die häufigsten Verfahren zur Schmerzausschaltung“ erklärt dem Patienten nicht nur die Bedeutung von eingehenden Vorgesprächen mit dem Anästhesisten, sondern auch alle technischen Details der Verfahren selbst, der eingesetzten Pharmaka und Geräte und deren Wirkung: Die Vollnarkose, die Regionalanästhesieverfahren („Kreuzstich“, Epidural- oder Periduralanästhesie, Plexusanästhesie und Blockadetechniken). Photos und Schemata ergänzen anschaulich die Erläuterungen. Negative Erfahrungen (Kreislauf-, Herzrhythmusstörungen etc.) werden nicht verschwiegen, sondern offen erörtert, wobei allein die Hinweise auf ihr Erkennen und die Therapie dem Leser Grund zur Beruhigung gibt.

Ein eigenes Kapitel „Die Tage danach“ prognostiziert für den Leser, wie er sich nach erfolgtem Eingriff fühlen soll und welche denk-

baren Komplikationen auf welche Art und Weise behoben werden. Dem Patienten, der in der Intensivstation aufwacht, widmet die Autorin eine ausführliche Schilderung, wie z.B. der Patient mittels „Respirator“ seine eigene Atmungsfähigkeit wiedergewinnt, welche Stufen des „Erwachens“ erlebt werden und mit welcher Fürsorge und medizinisch-technischer Unterstützung das Krankenhauspersonal auf das spezielle Befinden des Patienten reagiert.

Das Kapitel „Ihr Kind im Krankenhaus“ ist von besonderer Einfühlsamkeit geprägt. Es wendet sich an Eltern, die durch die Krankheit ihres Kindes gefordert und geprüft sind. Die lebensnahen Schilderungen der Gefühle, Reaktionen und Verhaltensweisen des kindlichen Patienten, die Ratschläge an die Eltern und Maßnahmen der Ärzte, lassen die liebevolle Hingabe der Ärztin an Patienten wie Eltern im ganzheitlichen Sinn erkennen.

Die Kapitel „Kaiserschnitt“ und „Der alte Mensch im Krankenhaus“ verschweigen nicht, daß hier Risiken vom Anästhesisten erkannt und bewältigt werden müssen, die über die sogenannte Routine hinaus gehen. Umso überzeugender ist jedoch die Art der Offenheit, wie diese Risiken erklärt, die Ängste der Patienten erkannt, verstanden und behandelt werden.

Die Broschüre von Cordula KRICZER beantwortet viel mehr Fragen, als einem Patienten je einfallen könnten. Er wird vielleicht gar nicht soviel medizinisch-technisches Wissen, soviel Risiken und Behandlungsvarianten kennen lernen wollen. Aber, was bleibt, ist unschätzbar: ein (wieder-)gewonnenes Vertrauen in den Arzt als umfassend ausgebildeten Fachmann und – vor allem – als mitfühlenden Menschen, der die Ethik seiner Berufung als Grundlage aller Bemühungen nimmt, seelische Ängste und körperliche Leiden des Patienten zu heilen.

P.HARTIG

KOSTEN DER PFLEGESICHERUNG STRUKTUREN UND ENTWICKLUNGSTRENDS DER ALTENBETREUUNG

Christoph BADELT, Andrea HOLZMANN,

Christian MATUL, August ÖSTERLE

Sozialpolitische Schriften, Bd.4

Hsg. Christoph BADELT

Böhlau Verlag, 1996, Wien, Köln, Weimar

ISBN 3-205-98442-0

2. verb. Auflage, 242 Seiten

Die Autoren – der Leiter der Abteilung für Sozialpolitik an der WU Wien und sein Team – haben mit der vorliegenden Arbeit eine seriöse sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlage für anstehende sozial-politische Entscheidungen gelegt. Wenngleich sich die modellhaften Berechnungen auf die – demographisch bedingt – bedeutende Herausforderung der Politik durch den sprunghaft anwachsenden Betreuungs- und Pflegebedarf älterer Menschen beschränken, so sind die Ergebnisse dieser Spezialstudie auch für weitere, besonders verwandte Problembereiche wie etwa die Kinderbetreuung und –pflege oder die medizinische Versorgung schlechthin, nicht nur methodisch, sondern auch sozialpolitisch höchst interessant und anregend.

Solche, die Altenbetreuung weit übersteigenden Überlegungen der Autoren stehen im Zusammenhang mit einem erweiterten Gesundheits- und Pflegebegriff:

„Während die traditionelle Orientierung in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen eine vorwiegend kurative ist, sind neuere Ansätze in zunehmendem Maße auch von den Prinzipien der Rehabilitation und Prävention getragen. Das Ziel der Bewahrung bzw. Wiederherstellung eines selbständigen, selbstbestimmten Lebensalltags soll auch für hilfs- und pflegebedürftige Menschen im Vordergrund stehen. Die Hilfestellung soll im individuell benötigten Ausmaß und in individuell angepaßter Struktur und Qualität ergänzend und

unterstützend erfolgen und soll jene Flexibilität aufweisen, die es erlaubt, wechselnden Bedürfnislagen Rechnung zu tragen.... Weiters verlangt ein ganzheitliches Menschenbild die Integration medizinisch-pflegerischer und psychosozialer Aspekte in der Versorgung, was in der Praxis der Altenbetreuung (ganz ähnlich wie in der Kinderbetreuung, Anm. E.F.) eine Erweiterung traditioneller Berufsbilder und eine Ausweitung der jeweiligen Tätigkeitsfelder erforderlich macht. So wird beispielsweise eine Hauskrankenpflegeperson, die einem ganzheitlichen Pflegebegriff verpflichtet ist, ihren traditionellen Aufgabenbereich der medizinischen Pflege um viele Tätigkeiten psychosozialer bzw. auch organisatorischer und administrativer Natur ergänzen müssen (vgl. HOLZMANN 1991). Aber auch die Einbeziehung des informellen Sektors, insbesondere pflegender Angehöriger, in der Form der Würdigung und Unterstützung ihrer Betreuungsleistungen seitens der Öffentlichkeit ist unter anderem Ausdruck einer ganzheitlichen Sicht menschlicher Bedürfnisse. Schließlich entspricht es auch dem ganzheitlichen Zugang, den Bedürfnissen der Betreuungspersonen gebührende Aufmerksamkeit zu schenken“ (30).

„Orientierungen und Inhalte der Betreuung finden auch in den Organisationsformen bzw. in der Institutionenlandschaft ihren Niederschlag. „Neue“ Orientierungen finden ihre institutionelle Entsprechung beispielsweise in einer stärkeren Betonung der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung, womit den Klienten ein Verbleib in ihrem eigenen Heim und in ihrer gewohnten Umgebung ermöglicht wird. Doch nicht nur der Ausbau verschiedenartiger ambulanter sozialer Dienste, sondern auch deren Koordinierung im Sinne eines ganzheitlichen Betreuungsangebots ist ein Erfordernis neuer Betreuungskonzepte. (...) Von besonderer Bedeutung ist die Schaffung organisatorischer Voraussetzungen für inter-institutionelle und inter-professionelle Koordination und Kooperation. Sowohl die Zusammenarbeit zwi-

schen dem formellen und dem informellen Sektor als auch die Koordination der Wirkungsbereiche verschiedener Institutionen im stationären und ambulanten Bereich ist Voraussetzung für ein effektives ‚Case Management‘ (d.h. die Erfassung der individuellen Bedürfnislage eines Klienten und die dementsprechende Kombination geeigneter Pflegeressourcen“) (31).

Auch hinsichtlich der für die vorliegende Studie grundlegenden Betreuungsbedürftigkeit könnte etwa für die empirische Erfassung der „Lebensaktivitäten bzw. der ihnen zugeordneten Betreuungsleistungen“ in einer Studie für Kinderbetreuung dasselbe Erhebungskonzept wie für die vorliegende Altenpflegestudie verwendet werden:

„Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege:

- Aufrechterhalten von Körperfunktionen (Atmung, Kreislauf, Körpertemperatur, etc.), · Hilfe bei der Ausscheidung
- Wundpflege, Lagerung
- Mobilisation
- Medikation
- Körperpflege
- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Essensversorgung
- Tätigkeiten der Haushaltsversorgung:
- Wohnungs-, Zimmerversorgung
- Tätigkeiten der psychischen und sozialen Betreuung:
- Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung
- Hilfe bei sozialer Integration
- Beaufsichtigung
- Psychosoziale Betreuung“ (36).

Ähnlich aufschlußreich – wiederum nicht allein für den Sektor der Altenbetreuung, sondern auf weiten Strecken auch für die medizinische Kinderbetreuung – sind schließlich die „Konturen sozialpolitischer Konsequenzen“ aus den diversen Kostenanalysen und -prognosen.

Es geht den Autoren sehr konkret um vier medizinische und pflegeökonomische Bausteine für ein gesundheitspolitisches Gesamtkon-

zept mit beträchtlichen familien- und beschäftigungspolitischen Fernwirkungen.

„Erster Baustein: Eine aktive Gesundheitspolitik zur Verringerung der altersspezifischen Betreuungsbedürftigkeit.“

„Als erste politische Schlußfolgerung ergibt sich daher die Forderung nach einer raschen und weitgehenden Schwergewichtsverlagerung der Gesundheitspolitik auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Fachliteratur zur Prävention hat hinlänglich nachgewiesen, daß ein Großteil der Krankheitsursachen – und damit auch ein Großteil der Ursachen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit – lebensstilbedingt sind. Gesundheitsförderung stellt demgemäß darauf ab, die Lebensstile der Menschen bzw. die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen zu ändern“ (169 f); und zwar wieder ganz klar: nicht nur der älteren, sondern aller Menschen, besonders auch schon der Kinder, bei deren Erziehung ja bereits viel, wenn nicht fast alles an gesundheitsförderlichen oder –schädlichen Verhaltensweisen grundgelegt wird. In der „öffentlichen Gesundheitspolitik“ geht es hier um eine „Verbesserung der Integration von Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitspolitik, wie sie in den vorhandenen Modellen der Gesundheits- und Sozialsprengel bereits in zukunftsweisender Form praktiziert wird“ (170).

„Zweiter Baustein: Die Realisierung ungenützter Potentiale zur Kostensenkung.“

Solche Möglichkeiten sind vor allem kosten-senkende Strukturverschiebungen von den kostspieligeren zu den kostengünstigeren Behandlungs- und Betreuungssystemen: von stationären zu normalerweise ungleich billigeren ambulanten Diensten oder, innerhalb des stationären Sektors, von den mit Abstand teuersten „Akutspitalern“ (Abbau von „Fehlbelegungen“ mit Pflegefällen) zu „alternativen Betreuungseinrichtungen“ wie „Langzeitpflegestationen“ oder „Rehabilitationszentren“ (171), die freilich vielfach erst zu schaffen sind. Diese Überlegungen und Lösungsvorschläge –

durch seriöse Kostenvergleiche für den Bereich der Altenbetreuung massiv untermauert – gelten, wie einschlägige deutsche Untersuchungen nachweisen, annähernd gleichermaßen auch für andere, (etwa Kinder-) Betreuungseinrichtungen.

„Dritter Baustein: Eine offensive und wohlausgewogene Politik zur Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit.“

„Die relativen Kostenvorteile des ambulanten Sektors hängen – wie mehrfach dargestellt – eng mit den unentgeltlichen Leistungen des ‚informellen Sektors‘, vor allem mit den Betreuungsleistungen von Familienangehörigen, zusammen“ (173). Das heißt, die Kostensenkungsstrategien im Baustein 2 würden nicht greifen ohne entsprechende Voraussetzungen in einer, den ungeheuren Anforderungen an die Familien entsprechenden, Familienpolitik und –kultur. Die absolut unentbehrliche wie unersetzliche Rolle der Familie, die Gesellschaft nicht nur ständig zu reproduzieren, sondern die Menschen buchstäblich von der Wiege bis zur Bahre durchgehend zu „tragen“, kommt – durch die der vorliegenden Studie verfügbare empirische Datengrundlage zur Altenfrage, ohne Zusammenschau der Betreuungs- und Pflegeleistungen auch an Kindern und anderen Familienmitgliedern – hier fast zu schwach zum Ausdruck. Auf andere Quellen gestützt, darf man diese im sog. „informellen Sektor“ erbrachte Familienleistung annähernd gleich groß oder sogar größer einschätzen als alle entgeltlichen Leistungen aller formellen Sektoren zusammen; bezogen auf den Betreuungs- und Pflegesektor als ganzen, über 90%. Das Volumen außerhäuslicher Betreuung (in Kinder-, Pflege- und Altenheimen) ist kleiner als 10% und dennoch nur mit größter Mühe zu finanzieren.

„Sozialpolitik zur Sicherung von Betreuungsleistungen hat sich deshalb auch auf die Stärkung der familiären Netze und anderer Formen der ehrenamtlichen Arbeit zu beziehen, um einem Abbau der Leistungsfähigkeit

dieses Bereichs (wie bei leider abzusehender Verstärkung der Krise der Familie zu befürchten, Anm. E.F.) entgegenzuwirken.“

Auch die Diskussion der Plausibilität der Kostenprognosen machte klar, wie stark die künftige Kostenentwicklung durch Veränderungen in der Leistungsfähigkeit der familiären Netze nach oben wie nach unten relativiert werden könnte. Eine dramatische Reduktion der unentgeltlichen Arbeit würde wohl die Betreuung alter und hilfsbedürftiger Menschen völlig unfinanzierbar machen (173).

Eine Reihe von vorgeschlagenen Maßnahmen im Rahmen dieses Bausteins zur Sicherung der familiären und anderer Formen ehrenamtlicher Arbeit gelten der sozialen Absicherung der Pflegepersonen, die zurecht als „Schlüssel zur Sicherung der Betreuungsleistungen“ (174) gesehen werden.

Im Hinblick auch auf den vierten Baustein meinen die Autoren: „Ein ‚Welfare Mix‘ in dem Sinne, daß öffentliche und private Verantwortung für betreuungsbedürftige alte Menschen geteilt wird, ist sowohl im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung als auch für deren Finanzierbarkeit als das einzig praktikable Zukunftsmodell zu betrachten“ (173).

„Vierter Baustein: Die Klärung des Ausmaßes der öffentlichen Verantwortungen samt Klarstellung der finanziellen Implikationen.“

Obwohl – dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend – zurecht nicht von vornherein, sondern erst nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten im familiären, beruflichen, nachbarschaftlichen Bereich, an den Staat als Träger von Betreuungsleistungen gedacht wurde, wird – so das letzte Ergebnis der ausgiebigen Analysen und Prognosen der „Kosten der Alterssicherung“ – eine Zunahme der öffentlichen Ausgaben für die Altenbetreuung – und damit auch der steuerlichen Belastung – in Kauf genommen werden müssen“ (175). Denn selbst wenn sozialpolitische Entscheidungen zur Sicherung stärkerer privater Finanzierung der vor allem nach 2010 durch die demographische Entwicklung

zu erwartenden explosionsartigen Zunahme der Betreuungskosten rasch getroffen werden, wird sich das Problem sozial schwacher betreuungsbedürftiger Menschen stellen.

Das Ausmaß des öffentlichen Engagements in der Altenbetreuung – ob die Verantwortung des Staates, der Länder oder Gemeinden für eine „Vollversorgung“ oder, wie im Falle der Pensionsversicherung, nur eine Teilversorgung oder in der Kinderbetreuung nur eine subsidiäre Marginalverantwortung (für Kindergärten etc.) eingegangen wird – bleibt freilich eine politische Entscheidung, die von den Autoren deshalb rasch eingefordert wird, weil jeder Übergang auf private Vorsorgen, wie aus der Pensionsvorsorgedebatte hinlänglich bekannt, der Ansparleistungen einiger Jahrzehnte bedarf.

Alles in allem darf die vorliegende Studie über „Kosten der Pflegesicherung“ als gelungenes Modell einer nicht nur ganzheitlich gewissenhaft durchdachten, sondern auch empirisch gut abgesicherten Grundlage zeitgemäßer Politikberatung gewürdigt werden; für Sozialpolitiker i.w.S. zweifellos Pflichtlektüre, aber auch für Studenten und Praktiker auf allen Teilgebieten – Medizin, Ökonomie, Sozialwissenschaft – und erst recht für interdisziplinär Interessierte unbedingt lesenswert.

E. FRÖHLICH

DER VERWUNDETE ARZT – EIN PSYCHOGRAMM DES HEILBERUFS

Peter GATHMANN

Claudia SEMRAN – LININGER

Kösel Verlag, 1996, München,

ISBN 3-466-34360-7

285 Seiten

Der Mythos vom Arzt als Heiler, seiner Macht und oft nur vorgestellten Größe wird im Buch von Univ.Doiz.Dr.Peter GATHMANN, der leitender Oberarzt der psychosomatischen

Station der Uniklinik Wien ist und Dr.phil.Claudia SEMRAN-LININGER, Chefredakteurin einer medizinischen Wochenzeitschrift, einer behutsamen und scharfsinnigen Analyse unterzogen. Der Arzt ist bestenfalls erst auf dem Weg, ein echter Heiler zu werden, lautet die These der Autoren. Die Hindernisse auf diesem Weg aufzuzeigen, ist Aufgabe des Buches.

Die Grundfrage, die dabei gestellt wird, lautet: Wer wird aus welchem Grund Arzt? Die Frage, die vorerst leicht zu beantworten scheint, eröffnet bald ein breites Problemfeld für religiöse, philosophische und psychoanalytische Betrachtungen. Die Frage nach dem Arzt, dem Heiler, ist zugleich die Frage nach der Liebe und damit auch ihrem Verwundetsein.

Anhand einer Typologie werden Medizinerkarrieren einander gegenübergestellt und hinterfragt: Anästhesisten zwischen Anpassung und Burnout-Syndrom, Kinderärzte auf der Spur ihrer eigenen, gefährdeten Kindheit, Praktiker, die den autoritären Strukturen der Krankenhäuser entgehen wollen und sich in aufreibender Krankenscheinjagd verbrauchen.

Eines der Hauptanliegen des Buches ist es, den Typus des intuitiven Mediziners, der fähig zur ganzheitlichen Betrachtungsweise seiner Patienten ist, herauszuarbeiten. In einfühlsamer und nüchterner Weise wird die Angst des Mediziners vor seiner eigenen Verletztheit, seiner eigenen Neurose transparent gemacht. Die zentrale Hypothese lautet: Wir wählen kompensatorisch aus unseren Defiziten heraus unsere Berufe oder, anders ausgedrückt: Wir werden dorthin berufen, wo noch ein Reifebeweis zu erbringen ist und wo noch Entwicklung im eigenen Menschsein angesagt ist. Gefahr droht, wenn die eigenen Defizite tabuisiert werden

und in den Aktivismus einer mechanisierten „Machermedizin“ münden. Heilung im umfassenden Sinn wird nach Ansicht der Autoren nicht vom Heiler bewerkstelligt, sondern durch ihn ermöglicht. Voraussetzung dafür ist die Aufdeckung und Akzeptanz der Verwundungen seelischer Art sowohl beim Arzt als auch beim Patienten. Weiters kommt das Verhältnis des Arztes zu Berührung und zum Berührtwerden zur Sprache. In Berührung mit sich selbst zu kommen, Kontakt mit allen Ebenen des eigenen Seins herzustellen ermöglicht erst, ein Heiler zu werden – einer, bei dem die Berührung zur wahrhaftigen Geste heilsamen Wirkens geworden ist. Im Zusammenhang damit werden die Familienstrukturen werdender Ärzte durchleuchtet und ihr Einfluß auf das spätere Arzt-Rollenbild aufgezeigt. In wiederholter Bezugnahme auf die Tiefenpsychologie C.G.JUNGS wird erhellt, daß das gleichzeitige und befreite Wirken von Animus und Anima, den männlichen und weiblichen Wesensmerkmalen im Menschen *conditio sine qua non* für die Integrität des Menschen, des Arztes und der Medizin im allgemeinen sind. Kulturhistorisch fundiert wird erklärt, wie die westliche Medizin zur Medizin der „Götter in Weiß“ werden konnte, und wie die Verdrängung des Femininen aggressives Spezialistentum förderte. Gegen Schluß des Buches unternehmen die Autoren den Versuch, über das rein Faktische hinauszugehen und konkrete Visionen für eine Gesundung der Medizin und der Mediziner zu entwerfen, nicht ohne dabei die Selbstverantwortung des Patienten außer acht zu lassen. Als ein Buch, das zum verbesserten Dialog zwischen Ärzten und Patienten beitragen kann, sei es jenen und allen Interessierten empfohlen.

B. KUMMER

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durczunummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durczunummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schriftgröße) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H. , „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G. , „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
(können über das Institut bezogen werden)

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. (in Vorbereitung)

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen
Nr. 2: Euthanasie

VORSCHAU

Imago Hominis BAND V/Nr. 2/98

SCHWERPUNKT

PHÄNOMEN TOD

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes
BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA
RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche
Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großsiedersdorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–

Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ
Bankverbindung:
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte senden
Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.

OFFENLEGUNG

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)
errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere
Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
Tel. +43 1 715 35 92, Fax +43 1 715 35 93
e-mail: postbox@imabe.vienna.at

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Msgr. Dr. Michael WILHELM, Wien, Sekretär der ÖBK
Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK
Ehrwürdige Mutter Visitatorin Sr. Donata HAMPEL, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom
hl. Vinzenz von Paul
Ehrlw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen
Ehrlw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern
Fratr. Florentin LANGTHALER O.H., Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

Direktor:

Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Wien
Ärztlicher Direktor des KH St. Elisabeth und Vorstand der Abteilung für Innere Medizin

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. PRAT de la RIBA, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und
der medizinischen Anthropologie.

